Galán (Em)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

CONTRIBUCIÓN

AL ESTUDIO DEL

LUPUS TUBERCULOSO

TESIS

Para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia,
presentada al Jurado Calificador

POR

EMILIO GALÁN,

Alumno de la Escuela N. de Medicina
de México, ex-practicante del Hospital "Juárez" y practicante
del Hospital "Concepción Béistegui."

MÉXICO

OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO

Calle de San Andrés núm. 15. (Avenida Oriente 51.)

1894

Sr. Dr. José Mª Bandera

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

CONTRIBUCIÓN

AL ESTUDIO DEL

LUPUS TUBERCULOSO

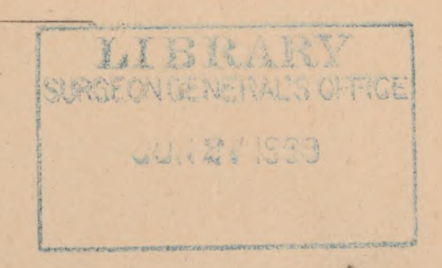
TESIS

Para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia,
presentada al Jurado Calificador

POR

EMILIO GALÁN,

Alumno de la Escuela N. de Medicina
de México, ex-practicante del Hospital "Juárez" y practicante
del Hospital "Concepción Béistegui."



MÉXICO

OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO

Calle de San Andrés núm. 15. (Avenida Oriente 51.)

1894

Cariñoso recuerdo á mi bondadoso maestro, el Sr. Dr. José Mª Bandera, á quien debo atenciones y favores inmerecidos.

E. Galán

A MI PADRE Y MAESTRO

EL DOCTOR

MAXIMILIANO GALÁN.

SI me resigno á la rutinaria costumbre del prefacio ó introducción establecida para toda clase de obras literarias y científicas, es que á ello me impelen consideraciones de mucha importancia. Y la primera de éstas es vindicarme de antemano de varios cargos que pudieran hacérseme, al parecer, y tal vez en realidad, con sobrada justicia, y de los cuales anticipadamente me sincero.

En efecto, pudiéraseme culpar de haber acometido empresa tan ardua de suyo, como es la de la prueba escrita, sin recurrir á ajenos recursos, confiado tan sólo en los míos propios. Porque á nadie he pedido consejo respecto á la elección del tema, nadie me ha dictado una sola línea, con excepción de lo que atañe al examen microscópico y á la preparación de una substancia, y ni siquiera ha habido quien me guíe en el plan general de este trabajo. Por supuesto que los preliminares necesarios de Patogenia, Anatomía Patológica, Sintomatología, gran parte del Diagnóstico, y una pequeña del Tratamiento, han sido extractados de varios autores, entre ellos Hardy, Duplay y Reclus,

Dieulafoy, Cornil y Babes. Todo lo demás es de mi propia cosecha.

¿Es esto alardear de talento, erudición y suficiencia? No lo creo. Ni de inteligente, instruído y original me precio, ni de presuntuoso y audaz me culpo. Inteligencia ¡cuántas veces he lamentado su deficiencia, sobre todo en el curso de mis estudios! conocimientos, apenas si poseo los estrictamente necesarios para haber llegado casi al término de mi carrera; presunción no es aspirar á emitir y desarrollar ideas, malas, convengo en ello, pero siquiera no sugeridas, siquiera de uno mismo; porque ¿acaso es debido copiar conceptos extraños, sea servilmente, lo cual siempre repugna y en todo caso debiera decirse, cosa que le quita todo mérito á la tesis; sea agregando modificaciones propias que, sobre desvirtuar muchas veces la idea fundamental, implica ya cierta originalidad incompleta, que de una vez pudiera ser completa haciendo uno solo la tesis? audaz soy, sí, por romper con los usos establecidos, y, en cuanto á original, ¿cábe mayor y más loable ambición que ésta? Lo difícil no es tenerla sino llevarla á cabo, y mucho me temo no haberlo conseguido. Pero tengo que advertir que mi originalidad, hablando con propiedad, no lo es, porque nada nuevo digo, porque ella consiste tan sólo en poner de manifiesto ciertos hechos y principios que, por demasiado sabidos, hasta olvidados están, y, sobre todo, no se practican.

Habiendo puesto la casualidad en mis manos dos casos curiosos de *lupus tuberculoso*, y habiendo conseguido, merced á la deferencia y bondad de dos profe-

sores míos, estudiar y tratar aquéllos según mis inspiraciones, depositándose en mí una confianza que no merezco y que mucho agradezco, el primer caso por espacio de unos catorce meses, el segundo por unos tres, concebí la idea de aprovechar estas observaciones para asunto de mi tesis, ya que constituían un manantial de prácticas enseñanzas.

Míos son, pués, todos los errores en este trabajo contenidos, mías todas las faltas de observación y científicas, y hasta de estilo. A nadie comprometo, no pongo en berlina á ningún nombre ilustre que aparezca estampado en una de las primeras páginas, según es costumbre general; tan sólo figura á la cabeza de la obra, y no patrocinándola, sino escudándola, á manera de los amuletos que usan los creyentes, el nombre sagrado de mi padre; y mío es, por fin, no el mérito, porque éste no existe, pero sí el pensamiento de hacer algo propio y el empeño que he puesto en el estudio de este asunto.

Perdóneseme si de audaz y presuntuoso sin querer presumo, lo hago inconscientemente, de toda buena fe, y lo que más sentiría fuera ser tachado de lo dicho.

De todos modos, si en este prólogo y en lo subsecuente algo hay censurable en el concepto de delito contra modestia y humildad, desde ahora me retracto de ello, y por ello doy excusas.

QUÉ es Lupus?

Conviene, antes de entrar en materia, y para tener un punto de partida fijo, definir hasta donde sea posible esta enfermedad, y determinar, ciñéndonos á los conocimientos científicos actuales, su naturaleza.

Desde hace muchos años los clínicos han agrupado bajo la denominación génerica de lupus diversas dermatosis graves, caracterizadas por una marcha serpiginosa y por la tendencia á la formación de una cicatriz indeleble, importando poco, por otra parte, que la cicatriz hubiera estado precedida ó no de ulceración. Pero como quiera que el significado de la palabra lupus ha pasado por muchas fases distintas, no carece de interés expresar algo relativo á la parte histórica de esta cuestión, mostrando cómo por etapas sucesivas y graduales se ha llegado á la concepción actual, que si no es la cierta y definitiva, es, cuando menos, la admitida universalmente.

Lo relativo á la historia de esta afección pudiera por sí solo ser objeto, y muy interesante por cierto, de un trabajo tres veces mayor que éste. ¡Cuántos talentos sacrificados en aras de convicciones ardientes que hoy nos parecen ridículas y que en su época tuvieron razón muy lógica de ser! ¡Cuántas supremas inteligencias empleadas en sostener errores que fueron credos científicos de nuestros antecesores, y delante de los cuales errores se inclinaban reverentes las generaciones de entonces!

Pero no entrando en nuestras miras, y no permitiendo los exiguos límites de este trabajo tratar extensamente esta cuestión, apuntaremos brevemente lo más interesante de ella.

Sin ir más lejos, en la época del Renacimiento los autores referían los caracteres del lupus á varias de las enfermedades asimiladas entonces á la lepra, y es seguro que en muchos hospitales de leprosos había algunos casos de lupus verdadero mezclados con otros de lepra. Pero todo se hallaba confundido, y es imposible encontrar antes del siglo actual alguna descripción, siquier un tanto clara de dicha afección. En algo disiparon esta confusión Willam y Bateman, pero reunieron todas las formas de las enfermedades escrofulosas en un grupo que designaron con el nombre de lupus, cuya naturaleza no procuraron descubrir, y que colocaron en la clase de los tubérculos. No obstante, Biett, dirigido por su espíritu eminentemente práctico, comprendió que el lupus no encajaba en la descripción de Willam, supuesto que aquel tenía por base las lesiones elementales, y formó con el lupus un orden aparte, cuya naturaleza no se atrevió á enunciar. Tampoco supo Alibert comprender la naturaleza especial del lupus: le colocó en el grupo de las dermatosis dartrosas, juntamente con el *eczema* y el *soriasis*, sin parar mientes en la diferencia radical que había y hay entre las afecciones dartrosas y las luposas.

Hasta hace muy pocos años reinaba acuerdo casi universal respecto á la naturaleza escrofulosa del lupus, y decimos casi, porque todavía en Austria y en Alemania, bajo la influencia de Hebra y de Kaposi, se continuaba considerando al lupus como una neoplasia local de naturaleza inflamatoria, dependiente de un estado morboso general.

Admitida la naturaleza escrofulosa de esta afección, sustituyóse á la impropia palabra lupus la propia y científica denominación de *escrofulide;* y así es como vemos figurar ésta en el magnífico tratado de "Enfermedades de la piel" de Hardy.

Muy conveniente fué dicha reforma, no tan sólo por propiedad científica, sino también porque algunos autores han des-

crito, bajo el nombre de lupus, afecciones cutáneas que no son de naturaleza escrofulosa y que pertenecen al dominio de la sífilis, y sobre todo, porque en la escuela de Willam la palabra lupus, aunque aplicada á una lesión tuberculosa de la piel, no comprende enfermedades que se aproximan al lupus tuberculoso, sino aquellas en las cuales la lesión inicial está caracterizada por pústulas, por escamas y aun por manchas eritematosas. En tal concepto, muy bien se procedió al abandonar la anticuada y poco científica definición de lupus por la de escrofulide, conviniéndose en que esta denominación debía aplicarse á todas las enfermedades cutáneas, sea cual fuere la lesión elemental.

Tal parecía que con este importantísimo progreso (que lo era, supuesto que se consideraba la lesión desde un punto de vista general, haciendo por completo abstracción de las lesiones elementales) se había llegado á la meta, y que nada más quedaba por hacer en lo tocante á la naturaleza del lupus; pero, desde hace más de veinte años la escrófula ha sido incorporada y asimilada á la tuberculosis. En tal virtud, las escrofulides deberían ser reputadas como una localización cutánea de la tuberculosis, debiendo perder el epíteto de escrofulides y adquirir el de *tuberculide*. En suma, el lupus, estudiado á la luz de los conocimientos actuales, es una tuberculosis local.

Al recobrar la tuberculosis las lesiones que figuraban en el cuadro de la escrófula, háse llegado á considerar la tuberculosis de una manera muy distinta á como se había hecho hasta estos últimos años. Se ve que hay tuberculosis locales exclusivamente limitadas á ganglios, á sinoviales, á una articulación, á la próstata, al testículo, al escroto, al ovario, al útero, á la mamila, á la pleura, á las meninges, al cerebro, al ojo, á la *piel*, etc, De estas tuberculosis locales, algunas hay que se desarrollan en individuos sospechosos de padecer la tuberculosis pulmonar; éstas no merecen el nombre de tuberculosis local; pero hay otras que parecen ser una manifestación aislada de la tuberculosis. Estas pueden quedar circunscritas al foco primi-

tivo sin generalizarse y sin afectar el pulmón; pueden curar. Otras afectan al pulmón y, consecutivamente á ellas, sobreviene unas veces tisis pulmonar lenta, otras una explosión de tuberculosis aguda. ¡Cuántas personas atacadas de adenitis supurada, de tumor blanco, de absceso osifluente, y á quienes se consideraba como escrofulosas, siendo estas lesiones evidentemente tuberculosas! Se creía que estos enfermos eran escrofulosos porque la lesión parecía localizada y curable, porque sus pulmones se hallaban intactos, porque la humanidad científica aún no se había suficientemente emancipado de la ley formulada por Louis, en virtud de la cual la tuberculosis pulmonar acompaña forzosamente á la tuberculosis de los demás órganos.

¿Qué queda, pues, del antiguo cuadro clásico de la escrófula? Casi nada. El desmembramiento de la escrófula se ha hecho en beneficio de la tuberculosis, y un poco en provecho de la sífilis; la escrófula ha perdido pues toda su autonomía; en muchos casos la *escrófulo–tuberculosis* ha reemplazado á la antigua escrófula.

Empero, algo hay que conservar de la antigua escrófula: las erupciones impetiginosas de la cara y de la cabeza que sobrevienen durante la lactancia y en las épocas vecinas á la dentición, las costras de leche como se las llama vulgarmente, y las cuales persisten y se producen con tenacidad; los eritemas y escurrimientos de narices y orejas, todo esto forma un cuadro clínico que corresponde á la idea que se había formado, si no de la escrófula, cuando menos del linfatismo. Cierto es que los niños propensos á tales manifestaciones tienen más probabilidades que otros á tornarse escrófulo–tuberculosos en un momento dado; mas, esto, en todo caso, probaría la afinidad de estos diversos estados entre sí, pero de ninguna manera su identidad.

Lo que es seguro es que, en los individuos llamados linfáticos, la resolución se verifica mal en ciertas partes fluxionadas ó inflamadas, parece que la circulación linfática se halla entor-

pecida; los catarros de las mucosas nasal, ocular y faríngea persisten indefinidamente, se eternizan, reinciden bajo el menor pretexto; los ganglios linfáticos sufren fácilmente el contra golpe de todo esto; estas diversas lesiones dan al individuo linfático un aspecto característico.

Igualmente indiscutible es que estos individuos *linfáticos* están en malas condiciones de defensa, en ellos el *terreno* es de calidad inferior; la piel y las mucosas se dejan con facilidad invadir por los huéspedes habituales de las superficies mucosas y cutáneas, microbios pyógenes y saprofitos; de lo cual emana la frecuencia del impétigo, de diviesos, de supuraciones cutáneas, con adenitis consecutivas, ó sin ellas. Esta escrófula atenuada, este temperamento linfático, si es que se quiere conservar la antigua denominación, merece continuar ocupando lugar aparte en las descripciones de patología; pero el resto de la antigua escrófula debe colocarse en otra parte.

De tal manera que el *lupus*, las *escrofulides úlcero-crustáceas*, las adenitis llamadas escrofulosas, las escrofulides de las mucosas, todo esto debe restituirse á la tuberculosis y á la sífilis. La mayor parte de las adenitis que se consideraba como escrofulosas, son en realidad tuberculosas. Su naturaleza tuberculosa se halla demostrada por la experimentación, supuesto que la inoculación de partículas de dichos ganglios engendra la tuberculosis.

En resumen, la antigua escrófula ya no existe como entidad morbosa; parte de sus alteraciones pertenece á la sífilis, parte, mayor aún, á la tuberculosis. Algo persiste, sin embargo, el temperamento linfático, el cual, en suma, constituye una decadencia del individuo. Esta decadencia, llámesela linfática ó escrófulo-linfática, puede ser adquirida ó hereditaria.

Puede crearla, desde la más tierna infancia, una lactancia defectuosa ó insuficiente, puede depender de una edad un poco más avanzada, de malas condiciones higiénicas, alimentación mala, habitaciones húmedas, sin aire y sin luz. Puede, en fin, ser hereditaria cuando el niño es engendrado por individuos

artríticos, sifilíticos, alcohólicos, tuberculosos, ó cuando ha sido concebido en malas condiciones (edad avanzada del padre, estado enfermizo de la madre).

¿Habrá que considerar al linfatismo como la primera etapa, como la primera edad de la tuberculosis? No lo creemos.

Que las personas linfáticas estén más especialmente propensas á las alteraciones escrófulo-tuberculosas y á la tisis pulmonar, es indiscutible; pero esto no prueba la identidad de los dos procesos, probaría, cuando mucho, que el escrófulo-linfático ofrece terreno favorable al desarrollo de la tuberculosis.

Esta moderna concepción de la escrófula y de la tuberculosis pertenece al sano y claro criterio de Dieulafoy (de cuya obra la hemos extractado). Otros autores de opiniones más avanzadas identifican en absoluto estos dos procesos, haciendo por completo abstracción del linfatismo, ó temperamento linfático, al cual consideran ellos como un término medio, como un lazo de unión entre la antigua y la moderna teoría, creado tal vez con el objeto de no romper lanzas abiertamente con las tradiciones legadas por nuestros antecesores, venerables y sabios maestros.

Entre las tuberculosis locales, la que ha dado lugar á mayor número de discusiones, antes de ser definitivamente clasificada como tuberculosis, es el lupus. Cuando Friëdlander, Cöster, etc., hubieron descrito el folículo tuberculoso con sus celdillas gigantes, y fué demostrado que el lupus ofrecía el tipo más perfecto de aquél, proclamóse la identidad del lupus y de la tuberculosis, y consideróse al lupus, desde entonces, como tuberculosis local de la piel.

Los argumentos en que se apoya esta doctrina son de cuatro clases: *clínicos*, *histológicos*, *bacteriológicos* y *experimentales*.

La *prueba clínica* principal estriba en que los luposos pagan tributo considerable á la tuberculosis pulmonar. Para ellos constituye ésta una causa vulgar de muerte, según afirman muchos autores de nota. Si otros, muy pocos, niegan esto, es probablemente porque atribuyen demasiada importancia al estado

de los pulmones revelado por el examen practicado cuando el lupus se encuentra en actividad. Pero, si se continúa el estudio de estos enfermos por tiempo mucho más largo, se les ve morir de tuberculosis pulmonar. Así lo demuestran las estadísticas.—*Otra prueba clínica:* Nótase transiciones entre el lupus y lo que todos llaman tuberculosis cutánea. Ciertos lupus revisten forma de mariposa, toman aspecto de verrugas, se cubren de excrecencias á veces córneas, separadas unas de otras por surcos y grietas. Esto constituye el lupus *escleroso*, injertado en un lupus tuberculoso persistente. Desarróllase otras veces dicho lupus escleroso primitivamente.

Las pruebas histológica y bacteriológica confirman y corroboran lo que la clínica demuestra. En el lupus tuberculoso, se han encontrado lesiones pertenecientes á la inflamación vulgar: pero casi todos los histologistas están hoy acordes tocante á este punto: que, bajo las papilas, se encuentran en el dermis folículos tuberculosos (veremos más tarde qué reservas hay que hacer á este respecto); más aún de 1862, el bacilo de Koch ha sido encontrado en los cortes por infinidad de histologistas. Las investigaciones de Koch son perfectamente demostrativas con respecto á la identidad del tubérculo y del lupus. Dicho bacteriologista alemán encontró muchas veces bacilos de la tuberculosis en pequeñísimo número. En un caso, por ejemplo, tuvo que examinar veintisiete cortes, y, en otro, cuarenta y tres, antes de encontrar un solo bacilo, pero, en series de cortes sucesivos, encontraba, en un momento dado, de uno á tres bacilos en cada corte. Jamás ha visto más de un solo bacilo en una celdilla gigante. Koch ha obtenido al estado de pureza cultivos de bacilos en suero de buey consecutivamente á la inoculación de un lupus hipertrófico.

Por lo que toca á la demostración experimental de la naturaleza tuberculosa del lupus, hay que decir que se ha practicado con éxito inoculaciones con tejido del lupus. Y, por si esto no bastare, se ha hecho inoculaciones también positivas con sangre de luposos.

A mayor abundamiento, en la sangre de dichos enfermos, y en la de los individuos inoculados con éxito, se ha encontrado varias veces bacilos característicos.

Las inyecciones de tuberculina han producido reacción local intensa en el tejido lúpico (como veremos adelante), lo cual, como se sabe constituye un buen signo de diagnóstico de tuberculosis.

A decir verdad, la prueba bacteriológica no siempre es evidente; algunas veces, con frecuencia, dice Cornil, faltan los bacilos.

Ya más arriba se dijo cuántas veces dejó de encontrar Koch bacilos en muchos cortes sucesivos. Muchas veces, en determinadas épocas del lupus, no son encontrados los micro-organismos, y lo son en otras, ó no lo son en ninguna. Común es, también, que las inoculaciones fallen. No hay que preocuparse mucho, por la inconstancia de los bacilos en los cortes: pruébenlo, si no, todas las tuberculosis locales. Mas valor tendría la inconstancia en el éxito de las inoculaciones; pero esto se explica, por lo menos en ciertos casos, por el error común de diagnóstico entre el lupus y la sífilis. Tampoco es constante la presencia del folículo tuberculoso típico. No obstante, á pesar de todo lo dicho, es excepcional que deje de existir uno solo de estos signos de diagnóstico, y la naturaleza tuberculosa del lupus está perfectamentamente demostrada, salvo en lo que toca al lupus eritematoso, cuya verdadera naturaleza, aunque probablemente tuberculosa. no está aún dilucidada.

Para robustecer la doctrina expresada, y como casos muy curiosos de tuberculosis cutánea, los cuales son interesantísimos porque constituyen un hecho de inoculación accidental hecha en condiciones por demás curiosas, insertamos á continuación dos observaciones, que debo á la bondadosa amabilidad del Sr. Dr. Manuel Toussaint.

Observación núm. 1. M. Wolters, de la clínica de enfermedades cutáneas de Bonn, refiere lo siguiente: Carlos St. estudiante de medicina, cuyos padres, así como dos hermanos, vi-

ven y están sanos; con buenos antecedentes hereditarios y personales; sin haber padecido nunca nada en los ganglios del cuello, sin haber sufrido nunca lesión huesosa de ninguna especie, ni tos, etc., tuvo el 9 de Marzo un duelo, en el cual recibió cinco heridas en la cabeza, entre ellas una de colgajo en el lado derecho, del tamaño de un marco. Fueron curadas y suturadas las heridas. Quitáronse las suturas los días 11 y 13 de Marzo, y las heridas fueron curadas superficialmente.

El paciente empezó á sentir comezón en las heridas, circunstancia que le obligaba á rascarse con frecuencia. Particularmente la de colgajo fué la que más molestia le causó, y la que más se rascó, á consecuencia de lo cual dicha herida cerró hasta el 11 de Abril. Desde entonces no ha tenido síntoma subjetivo alguno.

En la época del desafío, y después como meritorio en la clínica de Estrasburgo, el paciente tuvo que hacer muchos exámenes de esputos diariamente. Durante este trabajo (vuelto á emprender cinco días después del desafío) se rascó con frecuencia la herida, quitándose la costra, y notando, que cada vez que retiraba los dedos de la herida, se hallaban húmedos éstos. Cuando le cesaba la comezón, continuaba su examen de esputos tuberculosos, y tornaba á rascarse con los dedos no desinfectados, cuando aquella lo atormentaba de nuevo.

El día 12 de Mayo, estando en una auptosia St. y el profesor K., notó éste en la cabeza de aquél la actual afección, y, por este motivo, se presentó en nuestra clínica el enfermo. Afirmó éste terminantemente que, en el desafío, los filos de las espadas fueron constante y cuidadosamente desinfectados, lo cual hace eliminar una infección en esos momentos.

Estado actual. El paciente es de una constitución extraordinariamente vigorosa, en perfecto estado de nutrición y con abundante panículo adiposo.

La exploración de los órganos internos, especialmente del pulmón, revela un estado completamente normal. La orina sin albúmina y sin azúcar. En la región temporal derecha, como á

seis centímetros arriba de la oreja, se encuentra una cicatriz rojiza algo abultada, de forma casi circular. La parte no alterada de este círculo es la más inmediata á la oreja. En la cicatriz existen siete ú ocho nódulos morenos, bien marcados, en parte algo escamosos, en parte cubiertos por costras. El estilete penetra en ellos con facilidad. En la parte anterior de la cabeza hay cuatro cicatrices, de dirección más ó menos sagital, levemente enrojecidas, cuya longitud varia entre siete y diez centímetros. En dos de ellas nótase cinco á seis nódulos semejantes á los ya descritos, pero éstos están cubiertos por escamas finas. Los ganglios del cuello, y los auriculares intactos.

Tratamiento y curso de la enfermedad. El día 14 de Mayo fué extirpado por el profesor Doutrelepont, con la cucharilla cortante, en la herida de colgajo, un nódulo cuyo aspecto macroscópico era característico de lupus, y con el cual se hicieron preparaciones microscópicas. Tratadas estas por el método de Ziehl, dejaron ver muy escasos, pero claros, algunos bacilos tuberculosos. El tratamiento consistió en aplicación de compresas empapadas en solución de bicloruro de mercurio al milésimo en la superficie raspada.

El mismo profesor Doutrelepont extirpó, el 16 de Mayo, la cicatriz circular, por medio de dos incisiones curvas. Los ángulos de la herida fueron suturados, y colocóse en ella una curación antiséptica. Los nódulos de las otras cicatrices fueron destruidos con el gálvano-cauterio. El tratamiento subsecuente en la pérdida de substancia fué curación con gasa yodoformada; en las partes cauterizadas, después de haberse desprendido la escara por medio de una pomada de ácido pirogálico al diez por ciento, aplicación de compresas con solución de bicloruro.

El día 9 de Junio, la herida de la escisión estaba cubierta de granulaciones de buen aspecto; los otros lugares un tanto rojos, pero bien cicatrizados. El 24 de Junio, se destruyó un nódulo que parecía sospechoso, en una de las cicatrices, aplicando después la solución de bicloruro en compresas hasta la caída

de la escara.—Un fragmento de la parte extirpada fué endurecido en alcohol, incluído en parafina, seccionado y teñido por los métodos de Koch, Fraënkel y Ziehl. Las preparaciones microscópicas confirmaron por completo el diagnóstico de lupus: El epitelio apenas se hallaba en vía de multiplicación, encontrándose infiltrado de celdillas emigrantes. Debajo, en algunos lugares, hasta los límites de la Rete, manifestábanse tubérculos típicos portadores de muchas celdillas gigantes de Langhans bien desarrolladas, de celdillas epitelioides y de abundantes linfoides. En los cortes encontróse bacilos en escaso número, en parte en las celdillas gigantes. El corio no estaba afectado en todo su espesor por el proceso; el tejido celular sub–cutáneo en estado normal. (*Deutsche medicinische Wochenschrift.*– 1892–Núm. 36.

Observación núm. 2. Pertenece ésta á J. Jadassohn, de la clínica de enfermedades cutáneas de Breslau.—P. K. de 30 años de edad, prostituta. En sus antecedentes no hay enfermedades hereditarias; con excepción de algunos accidentes venéreos siempre ha sido sana. Con motivo de un reconocimiento, se la encontró una afección en el antebrazo izquierdo, respecto de la cual refiere P. K. lo siguiente: Hace nueve años le fueron pintados por medio de *tatouage* dos letras y una cifra en el antebrazo izquierdo. Hace año y medio, su amante, un joven de 24 años, recién salido de la prisión, el cual tosía mucho y que murió poco después tísico, agregó á ese primer dibujo otro, pintando debajo de las letras un bonito laurel de pequeñas hojas, con una serie de punciones, sobre las cuales frotó polvo negro mezclado con la propia saliva de dicho joven. La mayor parte de los piquetes sanaron perfectamente, pero en cuatro de ellos se formaron pequeñas costras, debajo de las cuales se colectaba pus algunas veces. Dichas costras llegaron á desprenderse, y las ulceraciones que quedaron cicatrizaron, abriéndose poco después. Estas ulceraciones, que tenían un color obscuro, fueron creciendo, aunque de un modo extraordinariamente lento, sin producir á la paciente molestia de ninguna clase.

Actualmente, nótase en el antebrazo izquierdo de la vigorosa muchacha (cuyos órganos internos están completamente sanos), en la únion del tercio medio con el superior, un dibujo de *tatouage* en la forma siguiente: Dos letras y una cifra rojas rodeadas por un laurel de color azul obscuro. En cinco puntos de la última figura se ve placas de color rojo obscuro, cuyo tamaño varía entre el de una lenteja y el de una moneda de cinco *fenig*, situadas, así como todo el dibujo, en piel sana. Dos de las manchas están cubiertas por pequeñas escamas, y otra de ellas por una costra, quitada la cual, queda una úlcera de bordes regulares. En los bordes de las blandas y depresibles placas, se encuentra, aquí y allá, uno que otro nódulo típico de lupus. Los ganglios no están afectados en el pliegue del codo ni en la axila.

El diagnóstico clínico fué desde luego el de lupus. Las partes enfermas fueron extirpadas por medio de dos incisiones curvas; las heridas suturadas reunieron por primera intención. Un año después pudo comprobarse que el mal no se había reproducido; el estado general continuaba en perfecto estado de salud.

El examen microscópico de las porciones extirpadas reveló la estructura típica del lupus. En cincuenta cortes no se pudo encontrar bacilos, y ya al terminar este trabajo, fué cuando el autor logró encontrar en un corte tratado por el método de Unna, dos bacilos de las dimensiones de los de Koch.

El examen histológico manifestó lo siguiente: En los cortes practicados en el centro de algunas de las placas arriba descritas, se encontró, en los lugares en donde el epitelio estaba adelgazado y casi destruído, una substancia amorfa, en el seno de la cual había láminas córneas con celdillas redondas, y corpúsculos rojos de la sangre infiltrados entre las láminas, formando todo esto una costra. Esta costra faltaba en otras de las placas mencionadas. En éstas el epitelio se hallaba conservado, y solamente en el centro, más ó menos adelgazado, inmediatamente debajo del epitelio, y tocando á éste, encuéntrase un foco fusiforme ocupando todo el cuerpo papilar, y en-

frente de la parte más ancha de dicho foco, notóse el epitelio muy alterado. Dicho foco consta, en su mayor parte, de celdillas que, á primera vista, por su núcleo vesiculoso y claro, pueden ser caracterizadas como epitelioides. Mezcladas con ellas en número considerable se encuentran celdillas gigantes con núcleos laterales. En ninguna parte hay caseificación. Los focos de celdillas epitelioides están en parte comprendidos en una especie de red, formada de cordones constituídos por celdillas, cuyo núcleo intensamente teñido da á entender que las mismas son linfoides. Estas zonas de celdillas redondas se extienden hasta los bordes del foco. La infiltración de celdillas redondas es predominante en los lugares donde el epitelio ya está más destruído, y en los cuales, por ende, el proceso se halla más avanzado. Las celdillas epitelioides tan sólo en algunos lugares se presentan, y no perfectamente claras; en tanto que las celdillas gigantes, en apariencia diseminadas con regularidad, son más perceptibles. En alguno de estos focos, y con mayor claridad en el tejido que les rodea, se ve granulaciones negras de diversos tamaños y formas, algunas con ángulos agudos, ya irregularmente diseminadas, ya formando estrías. En algunos lugares hay pequeños focos sin detalle característico alguno; pero, en otras partes, las estrías se hallan rodeadas de aglomeraciones de celdillas, en las cuales predominan las redondas, pero donde también se encuentra epitelioides y gigantes [*Loc. cit.*].

Si por admitido se da que el lupus sea una tuberculosis local ¿cómo explicar la atenuación considerable de la virulencia de esta enfermedad? Efectivamente, el lupus es una de las más y tal vez la más atenuada de las localizaciones tuberculosas, y esto cabalmente ha sido parte á desechar por tan largo tiempo la naturaleza tuberculosa del lupus. Está probado que la piel es un terreno muy pobre para el bacilo, el cual en ella pierde bien pronto su potencia. Prueba de esto son las investigaciones de Vallas acerca de las ulceraciones de los tuberculosos. Habiendo practicado este individuo inoculaciones con el baci-

lo de los esputos (donde como es sabido encuéntrase dicho bacilo en gran actividad), el éxito fué positivo en algunos animales, pero negativo en la mayor parte de ellos. Pero ¿á quién extrañará que ciertos animales (por ejemplo el conejo) resistan perfectamente á la inoculación del lupus franco, y sobre todo á la del eritematoso más lento y más benigno aún, habiéndoles visto resistir al bacilo de la úlcera tuberculosa mejor caracterizada?

Resumimos, diciendo que el lupus es una tuberculosis atenuada local, una *tuberculide*, en concepto de la mayoría de todos los autores; una *escrófulo-tuberculide* según opinan otros, y, en el sentir de la ínfima minoría, una *escrofulide*.

Una vez determinado hasta donde los conocimientos actuales lo permiten, y fijado ya el valor de la palabra lupus, pasaremos al diagnóstico y tratamiento de dicha afección, objeto capital de este mal escrito trabajo; pero antes, permítaseme, aunque sea brevemente y por vía de útil introducción, describir los caracteres generales y formas clínicas de esta enfermedad.

CARACTERES GENERALES.

Las *escrofulides* ó, hablando tal vez con mayor propiedad, las *tuberculides* (nombre que seguiremos aplicándoles nada más que por asentir con la mayoría de los autores modernos, y sin que esto arguya presunción nuestra de ninguna clase), presentan cierto número de caracteres cuyo conocimiento es indispensable para el diagnóstico de estas afecciones. Desde luego, hay que observar que están profundamente situadas en el espesor de la piel, y, en tal virtud, las ulceraciones que resultan de los progresos de la erupción se extienden mucho, y las cicatrices que las reemplazan dan fe de una alteración grave de la piel. Por lo común no se limitan al tegumento exterior, invaden los tejidos subyacentes, y la lesión, situada primitivamente en la piel, puede afectar hasta los huesos.

Generalmente las tuberculides se hallan circunscritas á una región, y aun á parte de una región, y tienen poca tendencia á generalizarse, salvo la variedad llamada *tuberculide tuberculosa diseminada.* Se extienden en superficie y en profundidad, pero persisten en la misma región durante varios meses y aun varios años.

Las tuberculides presentan una coloración especial, rojo moreno, violácea, hez de vino, menos obscuras que la de las sifílides, y menos roja que la de los exantemas comunes; esta coloración es sobre todo evidente en torno de las ulceraciones.

Estas presentan también varios caracteres interesantes. Sus bordes son desgarrados, no cortados perpendicularmente, delgados y despegados; este despegamiento de los bordes es de considerable importancia para el diagnóstico. El fondo de la ulceración es fungoso, sangra con facilidad, presenta yemas carnosas, lívidas, blandas, de mala naturaleza, á veces exuberantes. Muy rara vez presentan aquella película gris que cubre el fondo de las úlceras sifilíticas.

Las costras que cubren y ocultan á las ulceraciones son algunas veces gruesas, pero no muy duras y no presentan relieves tan claros como las sifilíticas; su coloración (la de las costras luposas) es variable: son morenas cuando contienen cierta cantidad de sangre mezclada al pus concreto, ó de color blanco gris cuando no hay sangre. Esta coloración tiene gran interés para el diagnóstico.

También hay que señalar, como carácter importantísimo, la tumefacción del tejido celular sub-cutáneo, tanto que, cuando la lesión radica en un sitio abundante en tejido celular, como la cara, abúltase la piel, lo cual pudiera hacer confundir esta enfermedad con una erisipela.

Este aspecto especial ha conducido á Cazenave y otros autores á dar á esta variedad el nombre de *erisipela crónica* ó *lupus hipertrófico.*

Tras esta tendencia á la hipertrofia hay, cuando la enfermedad se halla en vía de curación, tendencia á la atrofia, consi-

derable adelgazamiento de la piel y del tejido celular subyacente, lo que aumenta más aún la profundidad de las cicatrices. Obsérvase muy fácilmente este fenómeno cuando la lesión ocupa las alas de la nariz: éstas, después de verificada la curación, quedan finísimas, y la nariz se aguza en su extremidad.

Todavía después de la curación de las tuberculosis puede identificarse la enfermedad por las cicatrices, las cuales existen aun consecutivamente á la tuberculide eritematosa, la cual desaparece sin haber presentado nunca ulceración. De ordinario estas cicatrices están profundamente deprimidas, presentan un aspecto reticulado que las hace semejar á las que dejan las quemaduras de tercer grado; á veces se manifiestan en relieve (las primeras) desiguales y granujientas como verrugas, ó bien exuberantes, constituyendo una variedad de la Keloide, y la coloración de las mismas, al principio violácea, se borra poco á poco y se torna blanca, pero deja huellas indelebles.

La ausencia de toda reacción local y general es también un carácter comun de las tuberculides: no hay fiebre, ni comezón, ni escozor durante su desarrollo. Tal parece que la sensibilidad se halla embotada en los enfermos de lupus, pues obsérvase tuberculides ulcerosas, profundas, atacar y destruir todos los tejidos, inclusive los huesos, sin acompañarse de dolor notable ni de malestar local.

En fin, no hay que olvidar, entre los signos que sirven para establecer el diagnóstico, los que se desprenden de los antecedentes y de los signos concomitantes. Los antecedentes, como una cicatriz de cierto aspecto, una mancha de la córnea, atestiguan que el individuo ha presentado manifestaciones estrumosas; esto no indica forzosamente que la afección actual sea de naturaleza tuberculosa ó escrofulosa, porque esta diátesis no excluye otras afecciones, pero dicho carácter da muchas probabilidades en pro de ella. Asimismo, los fenómenos concomitantes, por ejemplo una oftalmía crónica, un tumor blanco, pueden también servir para reconocer la naturaleza tuber-

culosa de una afección cutánea, cuyos caracteres objetivos no fueran muy claros.

La Marcha de las tuberculides es muy lenta; es raro que duren menos de seis meses, y frecuentemente persisten dos, cinco, diez y hasta veinte años; algunos hay que no cesan sino con la vida largo tiempo prolongada. En el transcurso de este dilatado período conservan casi siempre la misma forma y ocupan generalmente el mismo sitio. En algunos casos revisten forma fagedénica: presentan entonces una marcha rapidísima, pudiendo en tales casos sobrevenir la muerte en breve plazo.

La Terminación de la tuberculides es muchas veces la curación, y ésta puede ser traída por la evolución natural de la enfermedad, pero casi siempre es debida á un tratamiento apropiado. En ciertos casos la curación es festinada por una enfermedad accidental, como una erisipela, una fiebre eruptiva, etc., que determina feliz modificación en la afección cutánea, y que puede hasta producir la cicatrización. En otras circunstancias no hay curación, y la enfermedad se prolonga toda la vida, el enfermo puede sucumbir entonces bajo la influencia de una enfermedad intercurrente, ó por otras manifestaciones de la diátesis. Pero lo común es que el enfermo muera merced á una complicación visceral que es, ó la tuberculosis pulmonar, ó la enteritis tuberculosa, ó alguna nefritis crónica con degeneración amiloidea ó sin ella.

Formas clínicas.

Muchas son las clasificaciones propuestas por los autores. Alguno hay que admite cinco variedades, á saber: la *eritematosa*, la *córnea* ó *acneica*, la *pustulosa*, la *flegmonosa*, y la *tuberculosa*. Otro, la *eritematosa*, la *acneica*, la *tuberculosa* y la *esclerosa*. Otros, los más, sólo admiten la *tuberculosa*, la *eritematosa* y la *esclerosa*. Fuera ocioso recargar inútilmente este trabajo insertando en él las diversas clasificaciones, describiendo minuciosamente todas las variedades clínicas admitidas, y fue-

ra tanto más indebido hacerlo, cuanto que, refiriéndose nuestro estudio á observaciones de casos de lupus tuberculoso por nosotros estudiados y tratados, lo único que nos interesa es cuanto se refiera á dicha variedad tuberculosa, y nada más que á ella. Por lo demás, las otras variedades son raras, el verdadero lugar patológico de ellas aún se halla en tela de juicio, su diagnóstico no es muy difícil, su tratamiento tiene muchos puntos de contacto con el del lupus tuberculoso, y éste, en cambio, es el más común, el más difícil de diagnosticar y, sobre todo, el más difícil de curar.

Prefiero, tras una breve descripción de la *tuberculide tuberculosa* en general, referir dos observaciones larga y detenidamente estudiadas por mí, á copiar servilmente á los autores, haciendo extractos más ó menos malos de páginas ajenas.

Tuberculide tuberculosa.

La tuberculide tuberculosa se presenta bajo dos formas distintas: la forma *tuberculosa sin ulceración*, ó *con ulceración superficial*, y la forma *tuberculosa con ulceración profunda.*

Como los síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de estas dos formas son distintos, daremos descripción también distinta de cada una de ellas. Pero, antes, paréceme útil referir algunos detalles sucintos de Anatomía Patológica, indispensables para la clara inteligencia del asunto.

Está admitido que las primeras producciones de lupus empiezan en los vasos capilares sanguíneos y linfáticos, iniciándose por la proliferación de la pared protoplásmica y elementos de la vaina adventicia; desarrollándose después celdillas embrionarias provinientes de la multiplicación del tejido conjuntivo dérmico, y otras procedentes de las glándulas cutáneas. En la intimidad de esta producción celular difusa, siguiendo el trayecto de los vasos linfáticos, distínguese islotes en forma de nódulos que constituyen *nódulos ó granulaciones lúpicas*, los cuales, al desarrollarse, levantan la superficie del dermis, an-

teriormente planiforme, y constituyen la apariencia montuosa llamada *tuberculosa*. Los islotes nodulares que acabamos de mencionar, se aislan, se individualizan, y, separados entre sí por tejido conjuntivo de reciente formación, reproducen en su aspecto general la disposición de los folículos de los ganglios linfáticos, del tejido reticular adenoide. Principian dichos nódulos en las capas más superficiales del dermis, y progresan poco á poco hacia la profundidad, hasta que la neoplasia haya invadido todo el espesor del corio. Al propio tiempo, desarróllase en torno de los nódulos un tejido reticular fino. Varios de dichos nódulos se fusionan constituyendo nódulos secundarios, aislados del tejido ambiente por una envoltura fibrosa. Un poco más tarde, cada uno de los nódulos primitivos degenera, las celdillas que los constituyen se infiltran de granulaciones, y adquieren los caracteres de los glóbulos del pus. Entonces, en el centro de los nódulos ya caseosos, se encuentra una gran mancha roja correspondiente á la *celdilla gigante*, en cuyo derredor las celdillas infiltradas de grasa y no susceptibles de ser coloridas por el carmín, han adquirido el *carácter epitelioide*, en tanto que las celdillas más excéntricas conservan su forma redondeada y son *celdillas embrionarias*. Como se ve, todo esto corresponde á la estructura de un folículo tuberculoso. En medio de todos estos elementos celulares, los vasos sanguíneos se hallan dilatados, fórmanse nuevos vasos, y quedan permeables, en tanto que los antiguos se obstruyen ó se rompen. Muchos autores creen que las celdillas gigantes no son otra cosa sino capilares sanguíneos obstruídos.

Sin entrar en detalles minuciosos de histología, diremos que la evolución espontánea de los nódulos ya descritos puede verificarse por *caseificación* ó por *transformación fibrosa*. En el primer caso la degeneración caseosa se verifica del centro á la circunferencia, convirtiéndose el nódulo en pus concreto, espeso, parecido á mastique, que puede calcificarse si la ulceración no se produce, ó que es evacuado al exterior por la participación del cuerpo mucoso en el proceso dérmico, y por la

alteración de la epidermis, que se rompe y constituye una úlcera vegetante. En vez de calcificarse, pueden los nódulos tornarse fibrosos y sobrevenir la curación sin que haya habido úlcera. En un momento dado, la zona epitelial que rodea á la celdilla gigante cambia de carácter, las celdillas epiteliales periféricas adquieren aspecto fusiforme, como los elementos de un sarcoma fasciculado. La trama reticulada, representante del tejido linfático inter-noduiar, se organiza en tejido fibroso, el cual asfixia á los demás elementos. Hay que advertir que estos dos modos de evolución del lupus no se excluyen entre sí, y que suele verse la caseificación y la ulceración en una misma región, en tanto que, en otros puntos del mismo nódulo, se está verificando la transformación fibrosa.

Compréndese, tras esta descripción á grandes rasgos de las lesiones histológicas del lupus, cómo se ha llegado en estos últimos tiempos á considerar el proceso lúpico como una verdadero lesión tuberculosa, basándose principalmente en la presencia de la celdilla gigante circuída de celdillas epitelioides, y éstas á su vez rodeadas de una zona de celdillas embrionarias, y en la evolución del nódulo, el cual es susceptible de sufrir la degeneración caseosa ó la transformación fibrosa. ¿No son estos, por ventura, los caracteres esenciales del tubérculo?

Tuberculide tuberculosa superficial.

Esta forma se caracteriza por eminencias indolentes, blandas, remitentes, aproximadamente del tamaño de un chícharo. Son semi-transparentes, amarillentas, á veces violáceas. Por lo común estos tumorcitos se hallan agrupados en número de ocho, diez ó doce, formando placas redondas, círculos, segmentos de círculo ó dibujos irregulares. Puede encontrarse un solo grupo, otras veces hay varios diseminados en diversas partes del cuerpo; en fin, pueden estar esparcidos en una gran extensión, como la sub-variedad llamada tuberculide tuberculosa diseminada, cuyo único carácter especial estriba en la generalización de

la lesión. Puede la tuberculide tuberculosa superficial ocupar todas las partes del cuerpo, pero su sitio más frecuente es la cara, sobre todo en la nariz, mejillas, labios y barba.

La infiltración del tejido celular sub-cutáneo acompaña con frecuencia á la tuberculide tuberculosa superficial. Este fenómeno llama la atención más que la erupción tuberculosa, lo cual explica que con frecuencia se haya designado este estado morboso con el título de *lupus hipertrófico*. No debe considerarse esta última forma como especie particular, supuesto que siempre se halla unida tal hipertrofia á alguna variedad definida de tuberculide, sea á la eritimatosa, sea á la tuberculosa. Dicha hipertrofia del tejido celular es frecuente en la cara, é imprime á ésta un aspecto especial: los rasgos fisonómicos desfigurados y borrados, las mejillas tumefactas y fláxidas, los labios enormes, los párpados hinchados apenas permiten la visión.

Cuando esta tumefacción del tejido celular radica en los miembros, aumenta considerablemente el volumen de éstos, y aun los elementos de la piel parecen hipertrofiarse. También los órganos genitales externos pueden hincharse; entonces el pene presenta dimensiones dobles ó triples de las normales, y los grandes y pequeños labios adquieren enorme desarrollo.

La tuberculide tuberculosa no ulcerada tiene una marcha esencialmente crónica; sin embargo, el enfermo parece gozar de buena salud, todas sus funciones se ejercen perfectamente, y no hay reacción local ni general. La enfermedad se halla constituída únicamente por la erupción tuberculosa y, á veces, dura toda la vida.

Varias son las terminaciones de esta variedad de tuberculide. Por lo común, el tubérculo se decolora, y desaparece por transformación fibrosa, dejando una cicatriz deprimida, por más que no haya habido ulceración. Con tales caracteres la enfermedad se aproxima mucho á la tuberculide eritematosa, y, á veces, estas dos formas, eritematosa y tuberculosa superficial, se mezclan y se desarrollan simultáneamente.

En otros casos el tubérculo persiste indefinidamente y se ul-

cera, pero la ulceración es siempre superficial, no invade más que una porción del tubérculo, y la curación por cicatrización sobreviene rápidamente.

Tuberculide tuberculosa con ulceración.

Esta forma es la más grave de todas las variedades de tuberculide; es también la que se presta á consideraciones más interesantes respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento; á ella se refieren nuestras observaciones. Constituye el objeto principal de nuestro estudio.

Principia esta forma como la anterior, por ocho ó diez tubérculos rojo violáceos, muy próximos entre sí, pero distinguiéndose de los que caracterizan á la forma precedente por su mayor volumen, su mayor vivacidad; por la presencia, en torno de su base, de una auréola inflamatoria, y por ser rápidamente invadidos por la ulceración. La solución de continuidad que se forma puede extenderse en superficie ó en profundidad. Cuando se extiende en superficie, aparecen nuevos tubérculos al lado de los primitivos, se reblandecen y se ulceran rápidamente. Cuando, por el contrario, la ulceración progresa en profundidad, afecta y destruye la piel, el tejido celular, las mucosas, los cartílagos y aun los huesos, porque hasta éstos son impotentes para detener la marcha invasora de la lesión. Esta tendencia destructora ha hecho dar á la enfermedad el nombre de *lupus vorax*. Las costras que cubren á las ulceraciones son gruesas, morenas, frecuentemente negras por mezcla de sangre. Cuando caen, sea espontáneamente, sea por efecto de aplicaciones tópicas, quedan ulceraciones profundas, anfractuosas, fungosas y blandujas, de labios irregulares y despegados, de superficie á veces saniosa, sangrante, ó bien con yemas carnosas de mala naturaleza, presenta secreción purulenta abundante, saniosa y fétida. En otras ocasiones, la supuración es menos considerable ó nula, la superficie ulcerada se presenta seca, dura, vegetante y con grietas, constituyendo el *lupus escleroso*,

variedad anatómicamente caracterizada por la transformación fibrosa de los nódulos lúpicos, y por la producción de una capa superficial, papilomatosa que simula un epitelioma, y constituída por producciones epidérmicas exuberantes. Esta forma es siempre secundaria, en concepto de Hardy.

El sitio más común de la tuberculide tuberculosa ulcerada es la nariz y sus contornos. Principia habitualmente por la piel, destruye los cartílagos, la mucosa, invade el vómer y aún el maxilar superior. En otros casos, empieza por la pituitaria, afecta por un lado los cartílagos y la piel, y, por otro, las partes profundas, destruyendo el tabique nasal y la bóveda palatina, y estableciendo comunicaciones, sea entre ambas narices ó ambas fosas nasales, sea entre éstas y la boca. Cuando la enfermedad comienza por un labio, le destruye, desnuda las encías, y puede, en seguida, invadir los maxilares. Si se localiza en los ojos, destruye una parte de los párpados, produce una conjuntivitis ocular, y, á veces, oftalmías graves con ceguera consecutiva.

La tuberculide ulcerosa puede ocupar también las otras partes del cuerpo, como el cuello, región esternal, miembros, sobre todo en la vecindad de las articulaciones y órganos genitales externos.

La duración de la tuberculide tuberculosa con ulceración es larguísima, y, por lo común, la enfermedad es invasora. Por sus progresos, produce esas vastas destrucciones, esas horribles pérdidas de substancias que muy á menudo se ve en la cara, y las cuales originan supuración abundante, caquexia, fiebre héctica, y aun la muerte por agotamiento. Esta terminación fatal es rara.

Puede la enfermedad detenerse espontaneamente, pero casi siempre resulta de un tratamiento racional. En tal caso, caen las costras, y al caer dejan una cicatriz ó una ulceración en vías de reparación. Es después de esta variedad de tuberculide cuando quedan cicatrices de relieve muy marcado, con bridas, y comunmente viciosas por las retracciones consecutivas.

Suele encontrarse, después de una tuberculide ulcerosa, una atresia de la boca, tan considerable que entorpece la emisión de la palabra y la prehensión de los alimentos, ó una destrucción de los labios, que origina el continuo escurrimiento de la saliva. Puede verse también la nariz destruída parcial ó totalmente, ú obstruída, los párpados fruncidos, atirantados, afectados de ectropión, impermeable el conducto auditivo, y hasta la ausencia completa de una oreja. En el cuello, estas bridas cicatriciales, parecidas, según la comparación clásica, á las cicatrices consecutivas á quemaduras de tercer grado, ocasionan no pocas veces el tortícolis; en los miembros pueden entorpecer los movimientos. Como particularidad propia á estas tuberculides ulcerosas, hay que agregar que aun después de la cicatrización de las úlceras, la curación dista mucho de ser definitiva, y que, muchas veces, reincide la enfermedad varios meses ó varios años después.

DIAGNOSTICO.

Los principales caracteres de las tuberculides son: profundidad de la lesión, fijeza de la misma, coloración especial de la piel y de las costras, el aspecto de las ulceraciones y de las cicatrices, la tumefacción del tejido celular ambiente, la ausencia de reacción local y general, la lentitud de la marcha. Con estos caracteres puede distinguirse á la tuberculides de las afecciones dartrosas y sifilíticas; con estas últimas, no obstante, tienen muchos puntos de contacto, tantos que, con un solo signo que no se recoja, por descuido, ignorancia ó precipitación, y á veces aun procediendo con toda calma, corrección y conocimiento de la materia, sin omisión alguna, queda perplejo el cirujano, hasta que la evolución, marcha posterior de la enfermedad y resultado del tratamiento determinen el diágnostico, antes vacilante y obscuro.

Diagnóstico diferencial entre las tuberculides y las afecciones

dartrosas.—Puede haber afecciones dartrosas en individuos estrumosos, pero distínguense aquellas de las tuberculides por los caracteres siguientes: tienen las primeras tendencias á extenderse y generalizarse; se acompañan de escosor, ardor y comezón, fenómenos ausentes en las tuberculides; hay que saber, sin embargo, que estos síntomas son menos marcados en los escrofulosos que padecen afecciones herpéticas. Jamás dejan cicatrices éstas, aun consecutivamente á las ulceraciones superficiales del impétigo, en tanto que las tuberculides terminan por cicatriz, aun sin previa ulceración.

Diagnóstico diferencial entre las tuberculides y las sifílides.—Las sifílides antiguas, terciarias, ulcerosas y profundas, son las que más semejanza presentan con las tuberculides, al grado que, sin atender á los síntomas concomitantes, sin hacer un examen completo y detenido de los sitios predilectos y no predilectos de las tuberculides, y sin tener en cuenta los antecedentes (todo lo cual equivale á atenerse únicamente al examen local de la lesión, cosa por desgracia harto frecuente en todos los ramos de la cirugía), aun con la ayuda de la histología, de la bacteriología, de las inoculaciones, y de la reacción local á la tuberculina no es difícil equivocarse, ó, cuando menos, dejar incierto el dignóstico. Esto quiere decir que el examen debe ser detenido y completo de la lesión, de todo los órganos del individuo, del estado general del mismo, de sus antecedentes personales y hereditarios, de la marcha y del resultado del tratamiento. Las tuberculosis locales, propiamente dichas, se presentan como única manifestación de la tuberculosis, no hay, pues, que desconcertarse, porque no se encuentra ésta en otros órganos. Las localizaciones de la sífilis son, no pocas veces, manifestaciones de una sífilis latente, adquirida ó hereditaria, y ésta principalmente habrá que tener en cuenta en los individuos muy jóvenes, en quienes no hay lugar á sospechar la sífilis adquirida, sea por la edad del paciente, sea por la ausencia de estigmas. En tal concepto habrá, pues, que buscar los signos de la trípode de Hutchinson, y esto no tan sólo en los

niños y adolescentes, sino aun en los jóvenes y adultos, en vista de la posibilidad de la sífilis hereditaria tardía.

Las ulceraciones sifilíticas presentan los siguientes caracteres distintivos, con respecto á las tuberculosas: tienen (las primeras) forma más redonda, más regular, sus bordes perpendicularmente cortados y no despegados; el fondo cubierto de una seudo–membrana gruesa y amarillenta; sus costras son más plásticas, y se acumulan y revisten el aspecto de ciertas conchas; la coloración de dichas costras es verde obscuro, verde moreno, pero jamás son blancas ó negras. También las cicatrices pueden ayudar al diagnóstico: las sifilíticas son morenas, después blancas, poco profundas; por lo general no son ni salientes, ni deprimidas, ni reticuladas, ni keloidicas. En cambio, las tuberculides ulcerosas tienen sus bordes despegados, irregulares, las partes carnosas son fungosas, lívidas, las costras negras ó blancas, y menos duras, las cicatrices son mucho más frecuentes, más aparentes, y, por lo común, presentan mayor relieve.

La marcha de las afecciones cutáneas sifilíticas y tuberculosas también presenta diferencias: las sifílides son de marcha menos lenta, es muy raro que una sifílide dure varios años y conservando la misma forma; por lo común, se modifica y aparece en otra región bajo nueva forma, generalmente más grave, lo cual no sucede con las tuberculides que son muy lentas en su evolución, que se circunscriben á cierta región determinada, donde se eternizan, y que generalmente no aparecen en otras regiones distintas. En fin, en este diagnóstico hay que tener en cuenta, nunca nos cansaremos de repetirlo, los antecedentes y los fenómenos concomitantes. Sin embargo, no hay que atribuir valor absoluto á los antecedentes, porque las dos enfermedades no se excluyen, y un individuo que haya padecido una oftalmía ó cualquiera otra manifestación escrófulo–tuberculosa, puede perfectamente tener una tuberculide, simultánea ó posteriormente. Los fenómenos concomitantes tienen mayor importancia, sin poseer valor absoluto. Con la ayuda de todos

estos caracteres se podrá, en *la generalidad de los casos*, llegar al diagnóstico; no obstante, en ciertos casos hay tal mezcla de signos. que es difícil, tal vez hasta imposible, sentar un diagnóstico preciso. Entonces es cuando conviene *saber esperar*, y el resultado del tratamiento revelará muchas veces la naturaleza de la afección. Pero teniendo esto en cuenta, que, si se trata de una sifílide en un escrófulo–tuberculoso, pudiera creerse que se ha curado una tuberculide, siendo así que el tratamiento antituberculoso no ha hecho más que modificar favorablemente el terreno, y, por lo mismo, curar indirectamente. Por lo tanto, el mejor tratamiento explorador, ó de diagnóstico, en este caso, consiste en la administración de medicamentos mercuriales y yodurados que producirán la curación ó por lo menos la mejoría, si la afección es de naturaleza sifilítica; que, por el contrario, agravarán, en la gran mayoría de los casos, la enfermedad cutánea, si ésta pertenece á la tuberculosis.

Diagnóstico de la tuberculide tuberculosa superficial.—Esta se caracteriza por la coloración violácea de los tubérculos, por la indolencia de los mismos, y por la tumefacción del tejido celular ambiente. Las únicas enfermedades que pudieran confundirse con ella son: el *soriasis*, el *herpes circinado* y la *sifílide tuberculosa.*

Efectivamente, el soriasis, en la variedad designada con el nombre de *lepra vulgar*, presenta la forma circinada en relieve, pero se distingue de la tuberculide tuberculosa por la eminencia, que es uniforme y no constituída por tubérculos, sino por escamas blancas, gruesas é imbricadas, muy distintas de las escamas tenues, furfuráceas, que hay á veces en la superficie de los tubérculos. y, más tarde, por la ausencia absoluta de cicatrices.

El herpes circinado, caracterizado por escamas de escaso relieve, difiere de la tuberculide tuberculosa de forma circular, por su marcha (la del herpes) más rápida, por su extensión centrífuga y por la ausencia de tubérculos. En suma, en ésta y

en la anterior afección el mejor carácter distintivo es la ausencia de tubérculos.

La sifílide tuberculosa en grupos presenta, como la tuberculide tuberculosa superficial, tubérculos sin reacción local ni general, y que se parecen bastante á los tubérculos tuberculosos, pero los sifilíticos son más duros, más morenos, menos violáceos, de marcha más rápida, y no se acompañan de tumefacción celular sub-cutáneo.

Diagnóstico de la tuberculide tuberculosa con ulceración.—Estriba en las ulceraciones profundas é irregulares, de bordes delgados y despegados, de fondo lívido y blandujo, de secreción sero-purulenta, y en el aspecto de las costras, grises ó negras, y poco consistentes. Pudieran no obstante confundirse con las ulceraciones sifilíticas, ó con las ulceraciones cancroidianas ó cancerosas. Indiquemos los signos por cuya mediación se establece, ó cuasi establece, el diagnóstico diferencial.

Habiendo insistido ya suficientemente en el diagnóstico entre la tuberculide tuberculosa con ulceración y las sifílides, no trataremos de nuevo esta cuestión, y pasamos al estudio del diagnóstico de dicha variedad de tuberculide con las ulceraciones *cancroidianas.*

Estas empiezan rara vez por un tubérculo, comunmente se inician por una verruga que dura más ó menos tiempo, y que se ulcera, ó bien sobreviene la ulceración primitivamente. Pero el carácter diferencial más interesante es la existencia de un rodete de relieve marcado, que circunda casi toda la ulceración, y que jamás se presenta en la tuberculide ulcerosa. Las ulceraciones cancerosas invaden todos los tejidos y les destruyen como lo verifican las tuberculosas; pero las cancerosas no se hallan limitadas en su circunferencia por tubérculos, sino por eminencias nudosas, duras y más voluminosas; la úlcera cancroidiana tiene tendencia á las vegetaciones, á exvertir sus labios, presenta un aspecto icorioso especial, y comunmente se acompaña de dolores intensos, de caquexia, de generalización del neoplasma, de hemorragias fáciles y frecuentes, infarto gan-

glionar, fetidez; la marcha es más rápida en el cáncer. En fin, la edad puede servir á menudo para el diagnóstico. No hay que olvidar la confusión posible con un *noli me tangere*, neoplasmas de marcha tórpida, casi exclusiva de los ancianos, circunstancia de grandísima importancia para el diagnóstico, amén de todos los demás signos diferenciales, como la evolución extraordinariamente lenta, ó por mejor decir, la falta de evolución, el estado estacionario, el examen microscópico y el bactereológico, etc.

TRATAMIENTO.

Admitido, como está, que el lupus es una localización cutánea de la tuberculosis, claro está que su tratamiento será primero el de la tuberculosis en general, segundo el de las tuberculosis locales. Y esto es cierto, sea que se admita esta doctrina, sea que se admita la del origen escrofuloso de dicha afección, supuesto que el tratamiento de la tuberculosis y el de la escrófula son casi idénticos. No es poca ventaja, siquier sea tan sólo en lo relativo al tratamiento de esta enfermedad, poder prescindir de teorías más ó menos aceptadas y más ó menos aproximadas á la verdad, pero siempre teorías. Y tanto más de aplaudir es esto, cuanto que en el terreno práctico de la terapéutica lo que interesa son los hechos de curaciones positivas, de éxitos felices, y no las elucubraciones científicas de imaginaciones más ó menos ricas.

TRATAMIENTO GENERAL.

Apenas insistiremos en este, que es por demás conocido: recalcaremos tan sólo algunos puntos que, á pesar de ser tan interesantes, son con demasiada frecuencia olvidados y no empleados.

El profiláctico tan sólo lo mencionaremos. Tiene por objeto: 1º Modificar, en cuanto sea posible, las probabilidades de he-

rencia que presenta un individuo emanado de padres tuberculosos. 2º Alejar las causas de contagio. ¡Cuán común es que esto no se practique! Pero lo más lamentable es que, aun para con los individuos portadores de una tuberculosis local, se haga por completo punto omiso del tratamiento general, error muy frecuente en los cirujanos; así como, por el contrario, comúnmente los médicos se dedican de preferencia á la curación de la diátesis, y apenas se limitan á proteger con apósitos más ó menos antisépticos las partes enfermas. Recuerdo, en el escaso tiempo que tengo de observar enfermos, haber visto en las salas de los hospitales á varios enfermos de lupus totalmente abandonados con respecto al tratamiento general, y, en lo relativo al local, tratados por curaciones antisépticas y aplicaciones de diversos tópicos, que serán muy buenos como paliativos, pero que exponen al enfermo á los resultados del progreso insidioso é imperceptible de la lesión, sobre todo en profundidad, y á la aparición brusca de la tuberculosis, sea en los pulmones, sea en otro órgano, sea en todo el organismo bajo la forma terrible de la *granulia*. Y si levanto mi humilde voz para protestar con atrevimiento, que no quiero se califique de audaz presunción, sino de convencimiento íntimo emanado del estudio téorico de la enfermedad y de lo poco que he observado, es porque espero (y repito que lo hágo sin presunción de ninguna especie) que algún eco tendrán mis pobres palabras. Soy muy inferior á mis profesares, no valgo más que la mayoría de mis compañeros, pero si á unos y á otros llamo la atención acerca de este interesantísimo asunto, es porque la casualidad me ha deparado la ocasión de examinar por largo tiempo y detenidamente la evolución de dos casos de lupus tuberculoso ulcerado bastante avanzados, sirviéndome esto para reparar en ciertas circunstancia asáz conocidas, pero muy poco practicadas. Nada nuevo digo, tan sólo pongo de manifiesto algunos hechos que á pesar de mis escasos conocimientos y mis más escasos alcances he podido recoger, y los cuales hechos, que son puramente de observación, me sirven para es-

tudiar en este incorrectísimo trabajo el tratamiento de las tuberculosis locales, y el del lupus en particular. En último análisis, y para no hacer más larga esta ya fastidiosa digresión, abogo por la práctica constante y concienzuda del tratamiento general y del local en la terapéutica de las tuberculides, y rechazo de plano todo tratamiento exclusivamente local, ó exclusivamente general, protestando enérgicamente contra el abandono punible y, hasta poco humanitario, de los luposos, en quienes, en tales casos, el papel del médico limítase tan sólo á la asepsia y protección de la región enferma. ¡Precario papel por cierto!

Ya dejamos apuntado que muy poco insistiremos en éste. Mencionaremos como de reconocida eficacia el aceite de hígado de bacalao, que es un medicamento reconstituyente por excelencia, con tal que se le administre á dosis suficientes. Sea por cariño á lo moderno, y más que todo, por la intolerencia del estómago y la diarrea, tiéndese á abandonar este medicamento y á reemplazarle por succedáneos. He oído expresar á varios médicos competentes la opinión de que en la actualidad el aceite de hígado de bacalao no tiene equivalente como eficacia en las afecciones escrófulo-tuberculosas. Cuando hay intolerancia se administrará buen aceite de hígado de bacalao (procurando que no sea de proceden ia americana) muy enfriado en una mezcla refrigerante, lográndose casi siempre, por tales medios, establecer la tolerancia. Las dosis serán progresivamente crecientes hasta llegar á 400 ó 500 gramos diarios, durante varias semanas, si es posible. Dieulafoy, con estas dosis, dice haber obtenido resultados sorprendentes.

El *yodoformo* es también un buen medicamento y muy en boga actualmente: Está recomendado darlo á los niños juntamente con mantequilla.

En la actualidad se está usando mucho en México la Emul-

sión de Scott que, en concepto de la mayoría de los médicos ha dado buenos resultados. Ya en el Almacen Central se elabora emulsión de aceite de hígado de bacalao, bastante buena, según dicen.

Las *preparaciones yoduradas* gozan de legítima reputación, sobre todo las poli-yoduradas. Permítaseme, ya que la ocasión se presenta, insertar en este lugar una fórmula original de mi padre, el Dr. Maximiliano Galán, y que, en las manos de éste, y algo en las mías, ha dado excelentes resultados; es la siguiente:

Tintura de yodo..............................	16.00	gramos.
Yoduro de potasio..........................	8.00	,,
,, ,, sodio..........................	4.00	,,
,, ,, calcio..............................	4.00	,,
Bromuro de estroncio......................	4.00	,,

Agua, la cantidad precisa para disolver.
Sig. Gotas.

Se comienza por diez gotas, y se aumenta una diariamente hasta llegar á ciento cincuenta ó doscientas, según lo permita la tolerancia individual.

La *glicerina* es también un medicamento de ahorro muy útil; se la prescribe á la dosis diaria de 30 á 60 gramos, asociada á unos cuantos gramos de rhon y aromatizada con unas gotas de esencia de menta (Jaccoud).

Las *preparaciones arsenicales*, en vista de su acción eutrófica, también se hallan indicadas. Se empleará el arseniato de sosa, y, muchas veces, el arseniato de estricnina.

La *creosota* es también un buen medicamento (Bouchard, Gounbert). Se la administra bajo la forma de cápsulas, mejor aún, asociada al aceite de hígado de bacalao ó al morrhuol. Se toma de cincuenta centígramos á dos gramos diarios de creosota.

El *morrhuol* es el extracto del aceite de hígado de bacalao depurado; se toma en cápsulas de seis á ocho diarias. Es un buen medicamento, perfectamente indicado cuando hay into-

lerancia para el aceite de hígado de bacalao. Se emplea sobre todo en los niños y en las mujeres.

Ha llegado el momento de hablar y con alguna extensión, porque el asunto lo merece, y, sobre todo, se refiere muy especialmente al tratamiento del lupus, de una preparación que es tal vez la que más ha llamado la atención del mundo médico y del público, en las postrimerías de este siglo. Aludimos á la famosa *linfa* de Koch.

El 13 de Noviembre de 1890, Koch, en una comunicación que se hizo célebre, anunció que había encontrado un agente terapéutico eficaz contra la tuberculosis cutánea, ósea, ganglionar, ó pulmonar, y este agente, la linfa de Koch, experimentada inmediatamente por muchos médicos, permaneció secreta hasta principios de 1891, época en la cual, en una segunda comunicación, Koch reveló lo que era la tuberculina.

La tuberculina es un extracto glicerinado de cultivos puros del bacilo de la tuberculosis; es un líquido límpido y pardusco, sin acción cuando se introduce por la boca, activísimo cuando se le inyecta, sea hipodérmicamente, sea por la vía sanguínea. En el hombre sano, una dosis de 0.25 gramos produce efectos marcadísimos, en tanto que, en el cuyo, una dosis de dos centímetros cúbicos carece de acción: el hombre es, según esto, 1,500 veces más sensible á la acción de la tuberculina que el cuyo. En el cuyo ya tuberculoso, la tuberculina, á dosis pequeñas y repetidas, no tiene acción contra los bacilos, pero sí en los tejidos que rodean á los tubérculos. Estos tejidos son asiento de abundante exudación de serosidad y de diapedesis activa; pueden ó no necrosarse; en caso de necrosis, el tejido eliminado arrastra consigo cantidad más ó menos considerable de bacilos, y la ulceración consecutiva se transforma muchas veces en herida simple cubierta de yemas carnosas, sobreviniendo, en último resultado, la cicatrización.

Para producir en el hombre sano una elevación de temperatura de 38°, es necesario un centímetro cúbico de linfa. En el tuberculoso, una dosis de 1 á 3 milímetros cúbicos de linfa

basta para provocar, al cabo de cuatro ó cinco horas, calosfríos, temperatura de 39° á 40°, tos, vómitos, dolores intensísimos, hipertrofia del bazo, algo de delirio. Estos síntomas duran 12 á 15 horas. En el caso de lupus, puede apreciarse la reacción local al nivel de las lesiones tuberculosas: al cabo de de 5 á 6 horas, las partes enfermas se hinchan, se ponen rojas y, á veces, se gangrenan. La rubicundez disminuye al cabo de dos ó tres días, acompañándose de escamas; las escaras (cuando las hay) se desprenden dos á tres semanas después, dejando, en los casos favorables, una cicatriz duradera. Lo mismo acontece con la tuberculosis ganglionar, ósea ó articular; pero, las reacciones son en éstas menos marcadas que en el lupus.

Tales son, según se ha dicho, los resultados de la tuberculina en los casos felices, pero estos casos, fuerza es decirlo, han sido la extrema excepción y, después de muchas observaciones bien hechas, la boga de los primeros días fué reemplazada por el desprestigio más profundo.

Consecutivamente á inoculaciones de tuberculina, se ha visto sobrevenir los accidentes más graves y la muerte; entre estos accidentes mencionaremos las meningitis, la endocarditis, el edema de la glotis, el edema pulmonar, bronconeumonía, etc.

La comisión de los medicos del "Hospital Saint Louis," quienes durante dos meses y medio experimentaron la tuberculina en cincuenta enfermos atacados de lupus, concluyó en desechar el método de Koch en el tratamiento de esta enfermedad: "notábase á veces, al principio, cierta mejoría, reducción temporal de la masa lúpica y atenuación momentánea de la lesión tuberculosa, pero jamás se obtuvo la curación. Felizmente, en el curso de dichas experiencias, ningún enfermo murió, pero observóse accidentes gravísimos de parte del corazón, del cerebro y de los riñones, con síntomas generales de los más alarmantes: despertaron en algunos casos focos tuberculosos pul-

monares hasta la fecha latentes, y mucho trabajo costó detener la lesión revivida al estado agudo."

Si la accion curativa de la tuberculina de Koch parece nula, no acontece lo mismo con su poder de diagnóstico: revela las taras tuberculosas más ignoradas y más latentes. Desde este punto de vista ha llamado la atención de los higienistas, y se la emplea en medicina veterinaria para el diagnóstico precoz de la tuberculosis en la raza bovina.

No obstante, se empieza á poner en duda la especificidad de diagnóstico de la tuberculina con respecto á la tuberculosis humana. Según dicen Straus y Teissier, no tan sólo en las lesiones tuberculosas desempeña la tuberculina papel interesante, desde el punto de vista del diagnóstico; también las lesiones sifilíticas, de diagnóstico á veces tan difícil, pudieran ser diagnosticadas por la tuberculina. Si esta opinión se confirma, el poder de diagnóstico de la tuberculina pierde parte de su valor, supuesto que se refiere á lesiones de naturaleza absolutamente distinta.

Tras el desprestigio considerable en que cayó la tuberculina de Koch, procuróse, como era natural, y partiendo del mismo principio, suprimir en la tuberculina los principios nocivos, los alcaloides, conservando el principio activo que es una albumosis. Esto lo hizo Klebs, quien dió á esta linfa purificada el nombre de *tuberculocidina*. Dícese que ésta no provoca reacción febril, que produce la regresión de los tejidos tuberculosos sin ocasionar la necrosis de los mismos, y, en fin, que destruye los bacilos. La dosis, al principio del tratamiento, es de 5 milígramos; puede más tarde llegar progresivamente á 50 centígramos. Los resultados publicados son notables.

Spengler (de Davos) ha combinado la acción de la tuberculina de Koch á la tuberculocidina de Klebs. Ha inyectado una mezcla de $\frac{1}{10}$ á $\frac{1}{50}$ de milígramo de tuberculina con cinco á veinte milígramos de tuberculocidina. Dice Spengler que, en un caso de lupus de la cara tratado de esta manera, al cabo de pocos días la curación estaba en buena vía.

De lo expuesto deducimos que no debe usarse la tuberculina de Koch y que debe ensayarse la tuberculocidina de Klebs, y la asociación de la tuberculocidina con la tuberculina. Estos dos medios no han sido aún sancionados por un número suficiente de éxitos auténticos.

Sabemos que en México se ha hecho algunos ensayos con la linfa de Koch, entre otras partes, en el Hospital Militar (en donde si mal no recordamos se hicieron las primeras experiencias), obteniéndose los mismos resultados nulos ó alarmantes.

Tratamiento local.—Dicho se está que, hágase lo que se hiciere, debe procurarse la más perfecta asepsia posible de la región afectada por la tuberculide y de las adyacentes. Apenas mencionaremos los tópicos como el ácido láctico, el yodoformo, los polvos de quina y yodoformo, el salol, el aristol, los cáusticos; de los cuales, unos obran como antisépticos, otros como cauterizantes más ó menos enérgicos, otros como excitantes locales. Todos ellos son insuficientes si no se emplean juntamente, y, sobre todo, consecutivamente á una operación quirúrgica. De esta manera es como hemos usado con éxito una preparación nueva, que por ahora dejamos apuntada para volver más tarde al estudio de ella: *el etilato de sosa.*

El método verdaderamente eficaz, por el cual de plano nos decidimos, es el tratamiento quirúrgico. Este comprende la resección de las partes enfermas con el bisturí, con la cucharilla, la aplicación del termo-cauterio, etc.

El termo-cauterio es un buen procedimiento, pero no solo, sino precedido de la extirpación de las porciones enfermas; no obstante, aun así, tiene el inconveniente de formar escaras más ó menos gruesas, debajo de las cuales quedan las superficies carnosas inaccesibles á los tópicos, sobre todo á los antisépticos, y debajo de las cuales escaras, que tardan más ó menos tiempo en desprenderse, se reproduce fácilmente la tuberculide.

La escisión con el bisturí es poco empleada y, cuando se

emplea, es casi siempre seguida de la raspa con la cucharilla; vale más comenzar desde luego por ésta ya que por ella se ha de concluir.

La raspa con la cucharilla es, en nuestro humilde concepto, el mejor procedimiento. Desde hace unos diez y ocho años, este tratamiento quirúrgico, propuesto por Volkmann y por Vidal, ha sido aplicado en grande escala en Alemania, en Inglaterra y en Francia, en las diversas formas de lupus, y casi siempre con éxito brillante. Consiste en extirpar con la cucharilla de Volkmann todo lo enfermo y sospechoso de estar enfermo, hasta llegar á porciones sanas. La hemorragia no es muy considerable, y la poca que se presenta se contiene generalmente por la simple compresión con gasa. Terminada la raspa, conviene usar algún tópico modificador de las superficies sangrantes, y para este caso recomendamos, como ya dijimos, el etilato de sosa en solución acuosa al 20 por 100; tras la aplicación de éste, se impregna la superficie raspada con eterolado de yodoformo, se hace una moderada compresión con gasa, sobre la cual se pone algodón hidrófilo y en seguida el vendaje. Al principio hay algunas reproducciones, sobre todo en los lugares donde la cucharilla no ha penetrado profundamente; habrá por lo mismo que practicar tres ó cuatro raspas al mes en los primeros tiempos y después ir haciendo mayores los intervalos entre las operaciones, conforme lo vaya indicando la marcha de la afección. Casos raros habrá (como después veremos) en los cuales será preciso hacer hasta dos raspas por semana, sobre todo en los casos de *lupus vorax*, donde es preciso á todo trance detener con mano enérgica la marcha terriblemente destructora del mal.

Este tratamiento, tal como lo dejamos descrito en las líneas que anteceden, por enérgico y aun brutal que parezca, es el verdaderamente eficaz. Las cauterizaciones superficiales, las raspas poco profundas, ó á intervalos demasiado largos, permiten á la lesión hacer progresos invisibles, pero positivos, más terribles aún por lo poco manifiestos que son, porque se va

apropiando, lenta y traidora, pero seguramente, partícula por partícula los tejidos adyacentes y subyacentes, al grado que cuando, tras largo tiempo de contemporización ó de intervenciones poco enérgicas, se decide el cirujano á practicar la raspa profunda, hasta llegar á tejido sano, asómbrase de encontrar desórdenes terribles aun en los huesos, orificios de comunicación con los senos de la cara, con la cavidad craneana. ¡Y todo esto se había verificado sin dolor, sin trastornos funcionales de ninguna especie, sin progreso aparente de la lesión, sin alteración alguna del estado general del paciente! No queremos sentar plaza de pesimistas ni de prácticos severos, pero sí nos permitimos llamar muy seriamente la atención sobre el peligro que entraña la contemporización sobre todo y, menos que esto, las intervenciones tímidas. En el enfermo de que se habla en la observación número 1, á dicho procedimiento enérgico debimos, no tan sólo el éxito, sino la vida del paciente. Claro está que en los casos de lupus extraordinariamente avanzado, con extensísima y profundísima destrucción de las partes, con alteración grave del estado general, este tratamiento está contraindicado; pero, salvo estos casos excepcionales, la intervención quirúrgica enérgica debe ser siempre empleada en el tratamiento de la tuberculide tuberculosa ulcerada. En la tuberculosa no ulcerada, conviene esperar algún tiempo usando el tratamiento general, á reserva de intervenir cuando la intervención esté indicada, sea por los progresos de la tuberculide, sea por su ulceración (es muy difícil saber al principio si una tuberculide tuberculosa será ó no, andando el tiempo, ulcerosa).

La desinfección cuidadosa de las cavidades vecinas, sobre todo la de las fosas nasales y faringe cuando se trate del lupus de la nariz, es de rigor.

OBSERVACIONES.

Observación número 1.—Aurelio Rico, de 17 años de edad, natural de la Barca (Jalisco), de constitución linfática, epiléptico, de antecedentes hereditarios neuropáticos y alcohólicos. Ha padecido neumonía y sarampión, sin conservar reliquia aparente de ninguna de estas dos enfermedades. Hace nueve años comenzó á padecer anginas muy agudas que provocaron la obstrucción casi completa de la faringe, con disnea y disfagia muy marcadas, y estando casi afónico durante siete meses; más tarde, tuvo ulceraciones en la garganta. Como un año después del principio de la faringitis, y hallándose ésta en declinación, comenzó Rico á sufrir un dolor sordo continuo en la base de la nariz y en la parte media de la bóveda palatina, dolor que se exacerbaba al sonarse el paciente. Por esta espiración brusca le salian con mucha dificultad voluminosos tapones de materia casosa, seguidos de epistaxis abundantes. En tal estado, recibió una pedrada en la base de la nariz, y á la semana de este traumatismo, empezaron á ser expulsados por las narices y por los orificios posteriores de las fosas nasales huesecillos negros. Dicha pedrada la recibió á los diez años de edad. A los doce le apareció una tumefacción situada en el lado derecho de laraíz de la nariz. Esta tumefacción roja, caliente, muy dolorosa, espontaneamente y á la presión, provocó un edema considerable en el párpado superior del mismo lado. Habiendo cumplido ya los 15 años el enfermo, se abrió bruscamente la tumefacción, saliendo de ella pus caseoso; continuó agrandándose la abertura hasta alcanzar dos ó tres centímetros en su mayor eje, y continuó la supuración. El 25 de Enero del año pasado ingresó Rico al Hospital "Concepción Beístegui," siendo instalado en la sala del Sr. Dr. Ramón Icaza. Olvidábasenos decir, que desde que se le abrió el tumorcito, hasta que entró al hospital, fué asistido por el Dr. X., quien se limitó á hacer curaciones antisépticas. Ya en el hos-

pital, le fueron prescritas estas mismas, y además aplicación de polvo de aristol en la superficie ulcerada. Cinco días después de su admisión en el hospital, fué atacado de tifo. Aislósele en un departamento especial, destinado á este efecto, durante cuatro días, y después fué trasladado á su casa, porque la familia del paciente lo solicitó. El día 12 de Febrero, Rico, completamente curado del tifo, volvió al hospital, con la ulceración reducida extraordinariamente, al grado de medir ésta un centímetro en su mayor diámetro. Prescribiósele defensivos con solución bórica al 4 por 100. El día 12 de Marzo, estando reducida la ulceración á un pequeño orificio del tamaño de una cabeza de alfiler, salió Rico del hospital, contra toda voluntad del Sr. Dr. Icaza, quien aconsejaba al enfermo permaneciera en el hospital hasta que cerrara completamente la pérdida de substancia. Por consejo de este mismo señor, á quien Rico iba á ver cada tres ó cuatro días, éste se aplicaba defensivos de solución de bicloruro de mercurio al milésimo en la ulceración. Pero, habiendo esta crecido, volvió el enfermo al Hospital, tornando á la sala del mismo Sr. Dr. Icaza, de quien yo era, á la sazón, practicante. Hice el examen detenido del enfermo, á quien encontré, en el ala derecha de la nariz, ó mejor dicho, en el lugar que ésta debía ocupar, una vasta ulceración, que, pasando por el dorso de la nariz, ocupaba parte del ala izquierda, habiendo destruído gran parte del tabique, de modo que la nariz se hallaba aplastada casi en su totalidad, conservándose restos de los huesos propios. Percibíase la parte anterior de la fosa nasal derecha, y la pituitaria cubierta de moco-pus. Los bordes de la ulceración eran delgados, irregulares, despegados; circundaba á la úlcera una auréola violácea; el tejido celular vecino duro y tumefacto. No había dolor espontáneo ni á la presión. Practiqué en seguida el examen de los órganos internos, encontrando normal el aparato respiratorio, el circulatorio, y en el digestivo encontré tan sólo una faringitis crónica hipertrófica, seca, y sin ulceraciones; las amígdalas algo hipertrofiadas. Sospechándose la sífilis he-

reditaria, tan sólo por ciertos caracteres en la marcha de la lesión, como la destrucción precoz de los cartílagos y huesos, y no porque hubiera estigma alguno de heredo-sífilis, se le prescribió un tratamiento mixto explorador, con el cual algo se agravó la lesión, lo que obligó á suspenderlo á las tres semanas. El fracaso del tratamiento hizo diagnosticar tuberculide-tuberculosa ulcerada. Instauróse entonces el siguiente tratamiento: 10 gotas ter. de la siguiente solución: agua dest. 120.00 gramos, yoduro de potasio 20.00 gramos; cucharada bis de emulsión de Scott, y contra los accesos de epilepsia (que le daban una ó dos veces por semana) cucharada ter. de solución de bromuro de estroncio. Localmente, curaciones antisépticas y aplicación, unas veces de polvos de aristol con yodoformo, otras de polvo de carbón de quina también con yodoformo. En Junio se le hizo unos toques con nitrato ácido de mercurio. En el mes de Julio la ulceración estaba un poco reducida de tamaño, algo había mejorado el aspecto de las superficies ulceradas; los huesos propios de la nariz se habían eliminado y, en el lugar que ellos ocupaban, había una pérdida de substancia que parecía completamente llena por una substancia dura, elástica, seca, blanco mate y que parecía, algo así, como un pedazo de tendón degenerado; los ataques de epilepsía se habían tornado muy raros, y el estado general del paciente satisfactorio, si se exceptúa algunos accesos de fiebre vespertina moderada, que aparecían cada dos ó tres días. Ya á fines del propio mes de Julio, le fueron prescritos al enfermo toques, en las superficies ulceradas, con solución acuosa de etilato de sosa al 10 por 100, medicamento que el Sr. Dr. Icaza vió aconsejado en el anuario de terapéutica de 1892, publicado por el Boletín General de Terapéutica de Paris, en la forma siguiente:

"El etilato de sosa en las afecciones cutáneas.

"Por M. Gamberieu.

"Este compuesto, obtenido calentando á 50° el sodio en pre-
" sencia del alcohol, ha dado al autor, director de la clínica
" dermatológica de Bologne, magníficos resultados en el tra-
" tamiento del lupus, del soriasis, de las úlceras venéreas, etc.
" Le emplea en unciones (aceite de olivos 100.00 gramos, eti-
" lato de sosa 2.00 gramos) ó en embrocaciones con la solución
" acuosa al 10 por 100.

"En todos los casos se obtuvo curación completa.

"Este compuesto parece que obra al mismo tiempo como
" cáustico y cicatrizante y se halla por lo mismo indicado en
" todas las formas de ulceraciones cutáneas de marcha lenta."
—(*Riforma Médica.*)

El día 6 de Julio se le hizo una inyección hipodérmica de tuberculina, de cinco gotas de tuberculina de Koch al milésimo. El día 7, diez gotas; el día 8, quince; el día 10, veinte gotas, sin observarse reacción local ni general de ninguna especie. Habiéndome recomendado el Sr. Dr. Icaza que raspara suavemente las superficies ulceradas cubiertas de moco-pus, y habiendo practicado esta operación con una espátula, observé una modificación muy favorable en las propias superficies, las cuales adquirieron mucho mejor aspecto. En vista de esto, y comprendiendo yo que los toques de etilato, y en general cualquier tópico, obrarían mejor mientras más despojadas estuvieran las superficies de impurezas, pedí permiso al Sr. Dr. Icaza para practicar la raspa superficial, con la cucharilla de Volkmann. Bondadosamente accedió el Sr. Dr. Icaza, y á principios del mes de Agosto, previa la anestesia con cloroformo (las anteriores raspas, por ser practicadas con la espátula y por ser muy superciales, nunca necesitaron anestesia), hice la primera raspa, muy superficial, con la expresada cucharilla, tocando las superficies raspadas con la solución de etilato de sosa. El éxito superó todas mis esperanzas. Cubrióse á los dos días la ulceración de yemas de buena naturaleza, quedando tan sólo alguno que otro punto blanco, disminuyó mucho la secreción, palidecieron las superficies amoratadas de los teji-

dos vecinos y, en toda la semana subsecuente á la operación, no hubo un solo acceso febril. A mediados del mismo mes practiqué otra raspa seguida de toques de etilato; á fines del mismo otra, seguida como las anteriores de toques de etilato, obteniendo siempre los mismos resultados favorables. Comenzando á observar síntomas algo alarmantes en la oreja media izquierda, como dolores profundos, sumbidos, etc., y temiendo la infección por la trompa de Eustaquio, hice diariamente la desinfección cuidadosa de las fosas nasales y de la faringe, cediendo dichos síntomas. A principios de Septiembre vime obligado á separarme del hospital por unos 15 días y á mi vuelta encontré algo avanzada la lesión. Hice una nueva raspa y habiendo observado que persistía en la base de la nariz eso que ya comparé, por falta de algo mejor, á un fragmento de tendón degenerado, resolvíme á atacar con la cucharilla este punto. Venciendo una resistencia algo considerable, logré penetrar con dicho instrumento, y perforando la pared anterior del seno frontal, en el interior de éste. Con gran sorpresa, encontré profundamente cariada la pared posterior de dicho seno, y raspé vigorosamente toda la porción degenerada, dejando así una vasta pérdida de substancia, en superficie y hasta en profundidad, en el frontal. Toquéla con el etilato, y al cabo de 15 días se cerró completamente la ulceración, quedando en la piel una cicatriz blanda deprimida. Al interior tenía para entonces el siguiente tratamiento: las gotas poli-yoduradas, cuya fórmula ya se expresó (no haciéndole más modificación para el caso particular que aumentarle dos bromuros, el de potasio y el de sodio, en vista de que habían vuelto á presentarse los accesos epilépticos, y de que Rico padecía de tiempo en tiempo ataques de sonambulismo, según decían los enfermos de la misma sala); ocho cápsulas de morrhuol al día, ocho gránulos diarios de arseniato de estricnina de miligramo; inyecciones hipodérmicas de la solución siguiente, prescrita por el Sr. Dr. Vertiz: Agua destilada, 980.00 gramos; glicerina neutra, 20.00 gramos; ácido fénico, 40.00 gramos; comenzando por una je-

ringa y subiendo progresivamente hasta cuatro diarias; desinfección gastro intestinal, por medio del salol y salicilato de bismuto, dosis iguales, cada vez que había diarrea ó dolores gástricos; baños de agua fría todos los días y una raspa por semana. Con este tratamiento continuó todo el mes de Septiembre y el de Octubre. A fines de éste volví á ausentarme del hospital y esta vez por un mes completo. A mi vuelta encontré á Rico en un estado lamentable. No quiero ni debo culpar á nadie, pues tanto se había acostumbrado á mí el enfermo y tanta confianza me había cobrado, que no se dejaba operar por otro que no fuera yo, y por tal motivo agravose notablemente durante mi ausencia, supuesto que, durante ésta, nadie le hizo las raspas que yo le hacía y nadie pudo obligarlo como yo á aplicarse con tezón todo su tratamiento interno y externo. Encontré el lupus reproducido en los bordes de la pérdida de substancia, ocupada en un tiempo por la nariz (yo lo había dejado con uno que otro puntito de lupus en la mucosa de las fosas nasales), con una perforación que hacía comunicar la parte anterior de la fosa nasal izquierda con el vestíbulo de la boca, y que pasaba por debajo del labio superior; en la encía del lado izquierdo del maxilar superior, una ulceración que había aflojado dos dientes. Tan grave era el estado de Rico, que el mismo Sr. Dr. Icaza opinaba por que no se atormentara más al enfermo con operaciones que probablemente no detendrían la marcha del lupus, que en esos momentos bien merecía el nombre de voraz. No obstante y habiendo conseguido yo que el expresado doctor me permitiera hacer un último y heroico esfuerzo, practiqué una atrevidísima operación, más enérgica y más profunda que todas las anteriores. Raspé los bordes y superficies de la úlcera de la cara hasta llegar á tejido evidentemente sano y toqué después las superficies raspadas con etilato; extraje los dos incisivos y el canino izquierdos del maxilar superior, raspé la ulceración gingival, introduje la cucharilla en la cavidad que dejaron los dientes ausentes y, con gran sorpresa, observé que la cucharilla se hun-

día profundamente: se hallaba en el interior del seno maxilar. Raspé las paredes de éste y después le hice los toques consabidos, así como en las partes raspadas de la encía. A los cuatro días había cambiado por completo el estado del enfermo. No había un solo punto apreciable de lupus, las superficies raspadas estaban cubiertas de yemas de muy buen aspecto, los trastornos gastro-intestinales habían desaparecido así como la fiebre; en suma, no podían ser más satisfactorios el estado general y el local. Tenía yo la inmensa satisfacción de haber salvado una vida que, en el Hospital, casi todos veían en gran peligro, aconsejándome la mayor parte que dejara yo morir á Rico y no lo hiciera sufrir más. Véase en esto la comprobación de lo asentado en lo ya dicho respecto al tratamiento local: destruyendo hasta donde sea posible los tejidos enfermos, y tocando después las superficies raspadas con un cáustico muy suave, pero modificador poderoso de la vitalidad de las yemas, se obtiene en pocos días un brillante resultado, jamás obtenido con el tratamiento general y la espectación en el tratamiento local ó con el tratamiento local tímido. Lo que importa, sobre todo, y hay que penetrarse bien de esta idea, es perseguir hasta sus últimos atrincheramientos al enemigo insidioso y traidor, pero seguro en sus progresos. En los meses de Noviembre y Diciembre continuó muy bien el enfermo, con su tratamiento general y local ya indicado. La cavidad situada en el maxilar superior cerró una semana después de la raspa, la ulceración gingival cerró por completo, cerró también la comunicación que había entre las fosas nasales y el vestíbulo de la boca por debajo del labio superior. En los meses de Enero y Febrero continuó en el mismo satisfactorio estado; tan sólo las amígdalas, que, según ya dije, estaban afectadas de inflamación crónica, sufrieron un episodio agudo que las hizo crecer notablemente. Bastaron unas gárgaras con solución fénica al uno y medio por ciento y toques con tintura de yodo, para que dichas glándulas volvieran, en pocos días, á su estado primitivo, quedando siempre un poco hipertrofiadas.

En Marzo hubo una pequeña reproducción del mal en el lado izquierdo de la encía superior, y que cedió con la raspa. Ya para entonces Rico me pedía con mucha insistencia que le hiciera la rinoplastía (operación de la cual yo le había hablado y que le había prometido para cuando me cerciorara de que el lupus estaba completamente extinguido, á lo cual no accedí, por temer, á plazo más ó menos largo, alguna reproducción de la tuberculide). Olvidábaseme decir que desde la época en que mi enfermo se agravó tan notablemente, y cuando tuve el éxito mencionado, concebí la idea de aprovechar este caso para mi tesis, pues hasta entonces no sabía yo qué punto elegir como tema de ella. Sólo lamentaba yo no contar más que con un solo caso, que aunque muy instructivo y demostrativo, no era más que uno. El día último de Marzo me separé del Hospital Béistegui, y dos días después pedía su alta en el mismo, Rico. Merced á la benevolencia del Sr. Dr. Regino González, á quien doy las gracias públicamente, conseguí que mi enfermo fuera á curarse diariamente á la sala de Cirugía Mayor, del Hospital de San Andrés, que es á cargo de dicho señor. Continuó Rico con su tratamiento anterior, y en la misma sala le hice dos ó tres raspas, tocándole, á falta de etilato, que no pude conseguir en ninguna parte, con tintura de yodo unas veces, con cloruro de zinc otras, teniendo entonces ocasión de comprender el buen efecto del etilato, supuesto que, por la falta de éste, las superficies raspadas ó no cicatrizaban, ó tardaban mucho en cicatrizar. El Sr. Sabino Villagrán, farmacéutico muy entendido de esta capital, tuvo la bondad de proporcionarme el mencionado etilato, preparado por él, ya que en ninguna botica ni droguería se encontraba dicha substancia. Como quiera que es muy satisfactorio que en el país se elabore preparaciones que siempre nos vienen del extranjero, y que nosotros no nos atrevemos á hacer, no tanto por conciencia de nuestra propia deficiencia, cuanto por timidez y apatía nacionales, publico gustoso este hecho, felicitando al Sr. Villagrán y manifestándole mi agradecimiento; é inserto, á conti-

nuación, el procedimiento que usó dicho señor en la preparación de la mencionada substancia: "Caliéntase en baño de maría alcohol absoluto hasta la temperatura de 50°; una vez que ha llegado á esta temperatura satúrase el líquido con sodio, elevándose el termómetro durante el ataque hasta 81°, siendo bastante para saturar 100.00 de alcohol, 7.50 gramos de sodio. Todo lo expuesto fué hecho siguiendo las prescripciones de Dorvault. El producto, que tenía aspecto como de jalea, fué evaporado á sequedad, decoloróse en seguida con agua destilada, y evaporóse en la estufa á la temperatura de 40°, hasta obtener la cristalización. Hízose dos soluciones en agua destilada, una al 10 p% y otra al 20 p%." Usé sucesivamente cada una de estas dos soluciones, y sin anestesia y sin raspa previa, en Rico, con buen resultado, mejor todavía que con el que usaba en el Hospital Béistegui. Pude entonces observar bien los efectos de esta preparación: es un cáustico sumamente débil, puesto que apenas produce dolor y no forma escara aparente, ni aun con la solución al 20 por 100; modifica inmediata y favorablemente las superficies que toca tornándolas rojas y vivaces; por su contacto la sangre se pone rutilante. En Mayo de este año hice la última raspa, la cual fué practicada en la bóveda palatina en un puntito de lupus existente en ese lugar, puntito que hacía algún tiempo existía y el cual me había limitado á tocar, unas veces con etilato y otras con nitrato de plata. ¡Cuál sería mi asombro al sentir, tras una presión moderada con la cucharilla, que ésta perforaba la bóveda del paladar y penetraba en las fosas nasales! Como siempre el mal había procedido con su acostumbrado sigilo y había destruído insidiosamente partes blandas y hueso de la bóveda palatina. Raspé vigorosamente la circunferencia de esta perforación, que quedó como de un centímetro de diámetro, y la toqué con etilato al 20 por 100. Quince días después de esta última raspa, ya la perforación estaba reducida al tamaño de una cabeza de alfiler. Desde entonces hasta la fecha no ha habido reproducción del lupus y el estado actual es el siguiente: en el lugar ocupado en

un tiempo por la nariz una abertura por la cual la mirada puede penetrar al interior de las fosas nasales; los bordes laterales de esta cavidad constituídos por restos de las alas de la nariz, la piel un poco obscura á este nivel; en la base de la nariz una cicatriz blanca y deprimida, correspondiente al lugar donde estuvo cariado el frontal; la pituitaria de muy buen aspecto (no hay catarro crónico de ella, gracias á la asepsia rigurosa en que se halla siempre y á lo protegida que está del contacto del aire por el apósito antiséptico); la perforación de la bóveda palatina reducida á un punto; la faringitis existiendo todavía pero muy poco marcada; el estado general satisfactorio. El tratamiento actual se reduce á lo siguiente: al interior, las gotas poli-yoduras, morrhuol y arseniato de estricnina; al exterior, lavatorios con soluciónes antisépticas, y toques con solución de etilato de sosa al 20 por 100, cada tres ó cuatro días, en la pituitaria y en la mucosa de la bóveda palatina; baños fríos todos los días y ejercicio.

Observación número 2.—Cuando más me lamentaba de contar con una sola observación para mi tesis, vi á mediados del mes de Mayo en la expresada sala de Cirugía Mayor, á un enfermo que bondadosamente, y á solicitud mía, dejó á mi cargo el Sr. Dr. González y cuya historia es la siguiente.

Francisco Chávez, natural de Parácuaro, estado de Michoacán, de 30 años de edad, casado, y de oficio talabartero, dice que hace proximameute siete años, y habiendo gozado hasta entonces de perfecta salud, notó que en el ala derecha de la nariz y más hacia el lado de la mucosa, le había salido un granito del tamaño de una lenteja, y que el enfermo compara, en lo que respecta al aspecto y forma á un mezquino. Al principio no había ninguna molestia, pero después produjose comezón, lo que obligó al enfermo á rascarse el granito, haciéndolo sangrar. Salió un poco de sangre, que se coaguló, formando una costra, la que cayó á los pocos días, dejando descubierta una superficie roja, sangrante de tiempo en tiempo, y cubierta de exudados purulentos. Poco á poco fué extendién-

dose en superficie esta ulceración, hasta que invadió gran parte de la mucosa de la fosa nasal correspondiente; ya en esta época, el enfermo sentía ardores y comezones en el interior de la fosa nasal derecha que lo molestaban mucho, y hemorragias nasales repetidas que le impedían trabajar. Continuaron así sus padecimientos, siempre en escala ascendente, hasta que, dos años después del principio de su enfermedad, observó Chávez, que en la fosa nasal izquierda y en un punto análogo al de la derecha, había aparecido otro granito, pero de distinta forma y de marcha también distinta, por lo menos hasta cierto período de su evolución. Parecía, dice Chávez, una bolita blanca metida debajo del pellejo (mucosa probablemente), y la cual bolita no produjo ninguna molestia, ni sangró nunca, ni formó ulceración; al lado de esta bolita aparecieron otras muchas con el mismo aspecto y la misma evolución; y que llegaron casi á llenar el orificio anterior de la fosa nasal correspondiente. En esta época, ocurrió Chávez á ver al Dr. H. de Morelia, el cual, según dice aquél, se limitó á hacerle incisiones en la mucosa, con tijeras, extrayendo unas bolitas que, según dice el enfermo, parecían de carne blanca. Desde entonces la lesión de la fosa nasal izquierda se ulceró y adquirió los caracteres de la de la fosa nasal derecha, dificultándose mucho la respiración por las narices. La ulceración continuó su marcha invasora, y, saliendo al exterior, afectó el labio superior poco á poco hasta que lo invadió por completo. En tal estado, vino á México é ingresó al Hospital de San Andrés, siendo llevado al servicio de Cirugía Menor, de donde fué trasladado al de Cirugía Mayor.

El 21 de Mayo lo estudiamos, y observamos lo siguiente: Chávez es un individuo linfático, de mala constitución, pero no tan agotado como debiera creerse á priori, dado el padecimiento de tan larga duración que sufre. Ni en sus antecedentes, ni en su cuerpo, hay signos de sífilis hereditaria ó adquirida; sus pulmones, su aparato digestivo y todos sus órganos en general parecen hallarse en estado normal. Tiene en el labio superior una vasta ulceración poco profunda, de bordes despegados, irre-

gulares, violáceos, de fondo sucio cubierto de moco-pus; los tejidos subyacentes á la ulceración endurecidos, destruído el sub-tabique, el contorno de los orificios de la nariz ulcerado, con vegetaciones color de hez de vino; la nariz casi en su totalidad amoratada, hipertrofiada y muy dura; los orificios anteriores de las fosas nasales casi obstruídos. No había denopatía en ningún punto. A reserva de completar el examen, diagnostícose, por lo pronto, lupus tuberculoso con ulceración. Vimos de nuevo, tres días después, al enfermo y, habiéndole examinado la garganta, encontramos una lesión con todos los caracteres de una goma ulcerada. Modificose entonces el diagnóstico de tuberculide tuberculosa por el de sifílides terciarias ulceradas, considerando como tales la lesión nasal y labial, y la faringea. Instituyóse, en consecuencia, el tratamiento mixto específico: yoduro de potasio á dosis progresivamente crecientes, de dos, á cuatro, á seis, á ocho, á diez, á doce, á quince gramos, sosteniendo esta última dosis durante una semana, y ungüento mercurial á la dosis de 2 gramos diarios.

El día 25 de Mayo le hice la siguiente operación: previa anestesia por medio del cloroformo, y tomadas todas las precauciones antisépticas que son de rigor, raspé con la cucharilla de Volkmann toda la superficie ulcerada, extirpando las vegetaciones y materia caseosa en abundancia que había debajo de ellas, procurando y consiguiendo restablecer la permeabilidad de las fosas nasales; la parte anterior de las mismas también fué raspada. No habiendo entonces etilato, faltaron los toques con dicha substancia, complemento muy necesario de la operación. Se le puso en seguida su curación antiséptica. Como la raspa había sido enérgica y profunda, modificáronse muy notable y favorablemente las superficies ulceradas, acentuándose cada día más la marcha hácia la cicatrización. Pero de pronto ésta se detuvo y hubo una reproducción en el labio superior, y empezó á manifestarse escurrimiento purulento por ambas narices. La ulceración faringea no había aumentado, ni disminuído. Las fosas nasales estaban perfectamente permeables, pues así que-

daron inmediatamente después de la operación, y en las curaciones subsecuentes se impedía la retracción del tejido inodular por medio de unos cilindros de tela de salud aséptica, introducidos en los orificios anteriores de las fosas nasales.

El día 31 de Julio del presente año practiqué la segunda raspa, más enérgica aún que la primera, en el labio superior, en el contorno de las ventanas de la nariz, y en todo el interior de la fosa nasal izquierda, que parecía ser la más afectada, extrayendo de ésta mucha materia caseosa; á continuación toqué las superficies raspadas, insistiendo sobre todo en el interior de la fosa nasal mencionada, con el etilato de sosa al 20 p$\frac{0}{0}$. En vista de una hemorragia nasal, no muy abundante, hice con gasa el *taponamiento* de la fosa nasal tantas veces referida. A los pocos días observóse una mejoría muy notable, reanudóse la referida cicatrización, cesó el escurrimiento de pus por la fosa nasal izquierda.

En la actualidad tiene su tratamiento poliyodurado, la cicatrización está casi terminada, las dos fosas nasales permeables, escaso escurrimiento purulento por la del lado derecho; la ulceración de la faringe un poco reducida; el estado general bueno. Me propongo raspar la fosa nasal derecha, y cauterizar con etilato la úlcera faringea. También han dado buen resultado en esteenfermo los toques con etilato cada 4 ó 5 días sin previa anestesia.

EXAMEN MICROSCOPICO.

Con el objeto de determinar la naturaleza del padecimiento de cada uno de los casos referidos en las observaciones, ya diagnósticadas de tuberculide tuberculosa, supliqué al Sr. Dr. Manuel Toussaint tuviera la bondad de hacer el estudio histológico y bactereológico de los tejidos enfermos, á lo cual dicho señor se prestó con mucha amabilidad. Por éste, y otros servicios que debo á dicho señor, hágole en estas líneas pública manifestación de gratitud.

El resultado del examen microscópico fué el siguiente: (habla el Sr. Toussaint.) "Fueron endurecidos dos pequeños fragmentos (los que yo facilité al Sr. Toussaint y procedentes de la ulceración gingival, observación número 1), uno en alcohol y otro en solución de Arnold, obteniéndose al propio tiempo la fijación de los elementos. Después de haber estado incluídos los fragmentos en celoidina, se les seccionó con el micrótomo; y tratáronse los cortes por diversos métodos de coloración. La estructura en ambos fragmentos es del todo semejante, y consiste en una abundantísima infiltración del stratum reticularis, infiltración formada por celdillas, de las cuales la mayor parte son del tipo epitelioide, y las restantes linfoides. Las celdillas epitelioides forman en algunos lugares pequeños grupos, que, á primera vista, simulan celdillas gigantes, error que se disipa examinándolas con aumento considerable. Por un lado hay una gran cantidad de celdillas pequeñas polinucleares (pus), que se continúa con la infiltración antes descrita, sustituyéndose los elementos de una y otra entre sí, de una manera insensible. En ningún corte se encontró bacilos de Koch, usando el método de Ziehl. En dos cortes tratados por el método de Kuhne observóse dos pequeños bacilos, cuya forma y aspecto era semejante á la de los tuberculosos. Buscóse bacilos del muermo infructuosamente. Fueron tratados algunos cortes por el método de Gram, encontrándose tan sólo algunos micrococos entre los leucocitos de la porción arriba dicha. La parte, que en las preparaciones está constituída por la acumulación de leucocitos con micrococos, se halla limitada, sobre todo á un lado, por epitelio pavimentoso estratificado cuyos elementos se modifican al nivel de la misma infiltración, estando normales en el resto. Este epitelio se prolonga en cierta extensión, cubriendo papilas en cuyo tejido se ve una que otra celdilla epitelioide. Es notable la gran cantidad de celdillas granulosas (basófilas) que se encuentran diseminadas en los otros elementos.

"Por los datos anteriores, sobre todo por la abundante infiltración de celdillas linfoides y epitelioides, se puede afirmar

desde luego que se trata de un proceso inflamatorio crónico, indudablemente específico. La cuestión histológica por determinar es á cuál de dichas infiltraciones corresponde. El tejido constituído por esa clase de celdillas fué lo que sirvió á Virchow para formar su grupo de "Tumores de Granulaciones," y á Rindsfleisch para caracterizar las inflamaciones específicas que él llama "Granulomas Infecciosos," de lo cual resulta que, perteneciendo dicho tejido á tanto proceso morboso distinto, absolutamente resuelve él solo el problema; en cambio, como es sabido, cada uno de esos procesos tiene otros caracteres que le son propios, y por medio de los cuales se puede distinguir de los demás. Estos caracteres son el verdadero criterio para zanjar la dificultad.

"Desde luego, puede ser eliminado el rino-escleroma, porque faltan sus dos características: las celdillas y los bacilos especiales. El resultado de la coloración de Gram elimina la actinomicosis, y comprueba la ausencia de otros muchos bacilos. Otro tanto puede decirse del muermo. No quedan más que la tuberculosis, la lepra y la sífilis. Respecto á esta última, la estructura, en rigor, no corresponde á la goma, porque, ulcerada como ésta debiera estar, según lo revela la preparación, si de goma se tratara, en algún punto se observaría la disgregación molecular propia de dicha afección; ni puede tampoco aceptarse que sea la porción dura de una goma, porque para serlo le falta la organización conjuntiva que rodea siempre á la parte infiltrada. La falta completa de folículos tuberculosos y el no haber encontrado celdillas gigantes, parece indicar que debiera eliminarse la tuberculosis; pero, en primer lugar, el método de Kühne reveló dos bacilos, si bien es cierto que dicho método no tiene el valor de aquellos en que se decolora por ácidos minerales y, en segundo lugar, de no ser tuberculoso el proceso, no quedaría más que la lepra á que referirlo, cosa inadmisible, porque, de existir bacilos de la lepra, ellos se hubieran teñido indudablemente por cualquiera de los métodos de Ziehl, de Kühne y de Gram, usados. Así, pues, por todas

estas consideraciones, puede aceptarse como lo más probable que los dos fragmentos corresponden á un tejido tuberculoso, tal vez lupus, supuesto que los fragmentos corresponden á una superficie mucosa ó cutánea, y esto con tanta más razón, cuanto que gran número de autores no han encontrado en el lupus los caracteres del tubérculo tipo.

"Casi punto por punto puede aplicarse todo lo dicho al examen microscópico de unos fragmento tomados de la nariz del caso estudiado en la observación número 2, agregando esto muy importante, que, además de la infiltración de las celdillas epitelioides y linfoides idénticas á la de la preparación anterior, había en esta segunda algunas celdillas gigantes bien caracterizadas. De tal manera, que si el diagnóstico de lupus es muy probable en el primer caso, en el segundo es casi seguro."

El diagnóstico clínico fué confirmado por el microscópico.

CONCLUSIONES.

1ª El lupus, en concepto de la mayoría de los autores es una tuberculide; la naturaleza de la variedad eritematosa está aún muy discutida; no obstante, hay tendencia general á atribuirla al mismo origen.

2ª El diagnóstico es siempre muy difícil, y, para bien determinarlo, habrá que recurrir siempre al examen microscópico, á las inoculaciones, á la piedra de toque del tratamiento específico, á los signos concomitantes, á los antecedentes y á la marcha de la enfermedad. No hay que olvidar que, aun valiéndose de todos estos medios, algunas veces será imposible hacer un diagnóstico exacto, y que casi siempre más se hará éste por exclusión que por signos positivos. Recomendamos hacer repetidas veces, y á intervalos más ó menos lejanos, exámenes microscópicos.

4ª Diagnosticado el lupus, instituir en seguida el tratamien-

to general y local indicado y nunca uno de los dos exclusivamente, sobre todo el general. Insistimos, por última vez, en la eficacia de la raspa enérgica y atrevida, secundada por el etilato de sosa. Ya dijimos que los toques con esta última substancia son convenientes aun después de extinguido el mal por completo, porque parece que se opone á la reincidencia del lupus.

Oblíganme con el Sr. Dr. Ramón Icaza muchas inmerecidas atenciones y favores, entre otros, la deferencia y confianza con que puso en mis manos á Rico, á quien yo trataba según mis propias inspiraciones. Por todo lo cual, debo y manifiesto á dicho señor profunda gratitud. Otro tanto digo respecto al Sr. Dr. Regino González, quien me confió al enfermo Chávez, tomándose, además, la molestia alguna vez de cloroformar á dicho enfermo para que yo le operara. Al Sr. Dr. Manuel Toussaint ya manifesté mi reconocimiento así como al Sr. Villagrán. Al Sr. Dr. Leopoldo Castro, quien también se sirvió cloroformizar al propio enfermo, y al Sr. Pedro Rivas, compañero mío, y el cual me ayudó en varias operaciones en los citados efermos, doy las más expresivas gracias.

Para concluir, réstame tan sólo expresar el anhelo de que los humildes conceptos vertidos en este mi imperfectísimo trabajo, encuentren benévola acogida entre mis profesores y compañeros, de quienes imploro indulgencia para una prueba penosa, que los primeros ven ya salvada y que los segundos columbran amenazadora en lontananza, pero de la cual unos y otros tienen perfecta conciencia.

Aspira mi pobre tesis á contribuir en algo, poquísimo, al estudio de la tuberculide tuberculosa, sobre todo en lo relativo á su tratamiento, formulando, á este respecto, ciertos principios generales basados en la deducción lógica de las ense-

ñanzas escolares, y en una escasa observación de hechos prácticos, de dos nada más, desgraciadamente. Si no cumple su objeto, Señores Sinodales, dejadla pasar inadvertida, no la rechaceis, en gracia á la buena fe y ahinco con que ha sido escrita.

México, Agosto de 1894.

EMILIO GALÁN.